MANUAL DE BIOÉTICA GENERAL

Dirección editorial

Dr. Aquilino Polaino-Lorente

3.ª edición

RIALP

AUTORES

Brugarolas Masllorens, Antonio
Burmester Guzmán, Miguel
Caffarra, Carlo
Campagnoli, Carlo
Carrasco de Paula, Ignacio
Castellano Arroyo, María
Ciccone, Lino
Colomo Gómez, Jesús
De las Heras, Javier
Domènech Llavería, Edelmira
Gisbert Calabuig, Juan Antonio
Junceda Avello, Enrique
Lejeune, Jèrôme
Martínez-Lage, José Manuel
Martínez-Lage Álvarez, Pablo
Melendo Granados, Tomás
Monge Sánchez, Miguel Ángel
Muñoz Garrido, Rafael
Pardo Caballos, Antonio
Peris, Carlo
Pesqueira Alonso, Eduardo
Polaino-Lorente, Aquilino
Sánchez Blanqué, Amadeo
Santos Ruiz, Ángel
Serani Merlo, Alejandro
Voltas i Baró, Dolores
Zurfluh, Anselm

MANUAL DE BIOÉTICA GENERAL

Dirección editorial
DR. AQUILINO POLAINO-LORENTE

Tercera edición

EDICIONES RIALP, S. A.
MADRID

Primera edición: enero 1994
Segunda edición: septiembre 1994
Tercera edición: enero 1997

ISBN: 84-321-3027-3
Depósito legal: M. 764-1997
IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN

Impreso en Artes Gráficas Huertas, S. A., Fuenlabrada (Madrid)

AUTORES

Brugarolas Masllorens, Antonio
Director del Departamento de Oncolocía de la Clínica Universitaria de Navarra. Profesor Agregado de Oncolocía de la Universidad de Navarra, Pamplona. España.

Burmester Guzmán, Miguel
Profesor de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Chile. Chile.

Caffarra, Carlo
Director del Instituto «Giovanni Paolo II» per studi su Matrimonio e Famiglia. Roma. Italia

Campagnoli, Carlo
Profesor de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Torino. Italia.

Carrasco de Paula, Ignacio
Director General del Centro Accademico Romano della Santa Croce. Roma. Italia.

Castellano Arroyo, María
Catedrática de Medicina Legal de la Universidad de Zaragoza. España.

Ciccone, Lino
Ordinario di Teologia Morale e Bioetica nelle Facolta di Teologia di Lugano (Svizzeva).

Colomo Gómez, Jesús
Profesor de Deontología Profesional de la Universidad de la Sapienza y Profesor de Bioética del Centro Accademico Romano della Santa Croce. Roma. Italia.

De las Heras, Javier
Profesor Asociado de Psicopatología de la Universidad Complutense. Madrid. España.

Domènech Llavería, Edelmira
Catedrática de Psicopatología de la Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Gisbert Calabuig, Juan Antonio
Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Valencia. España.

Junceda Avello, Enrique
Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Oviedo. Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.

Lejeune, Jèrôme
Profesor de Genética Fundamental y Jefe del Departamento de Citogenética del Hospital «Des enfants malades» de París. Francia.

Martínez-Lage, José Manuel
Profesor Ordinario de Neurología de la Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Martínez-Lage Álvarez, Pablo
Especialista en Neurología. Pamplona. España.

Melendo Granados, Tomás
Catedrático de Metafísica de la Universidad de Málaga. España.

Monge Sánchez, Miguel Ángel
Profesor Asociado de Teología de la Universidad de Navarra y Capellán de la Clínica Universitaria. Pamplona. España.

Muñoz Garrido, Rafael
Profesor Titular de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca. España.

Pardo Caballos, Antonio
Profesor del Departamento de Bioética de la Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Peris, Carlo
Profesor de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Torino. Italia.

Pesqueira Alonso, Eduardo
Profesor Asociado de Medicina Social. Departamento de Bioética de la Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Polaino-Lorente, Aquilino
Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense. Madrid. España.

Sánchez Blanqué, Amadeo
Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Murcia. España.

Santos Ruiz, Ángel
Decano Honorario de la Universidad Complutense. Académico de las Reales Academias de Medicina y Farmacia. Madrid. España.

Serani Merlo, Alejandro
Profesor de Ética Médica de la Universidad Católica de Santiago de Chile. Chile.

Voltas i Baró, Dolores
Vocal de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. España.

Zurfluh, Anselm
Profesor de Historia del Liceo de Einsiedel. Suiza.

Índice General

Págs.

TERCERA PARTE

LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA COTIDIANA

Págs.

Págs.

Págs.

Presentación

Ninguna persona cuerda se atreverá a poner en duda el espectacular avance experimentado por la Medicina en las últimas tres décadas, con innovaciones tan destacadas como la ingeniería genética, las técnicas de reproducción, los injertos y trasplantes de los más diversos órganos y tejidos, el descubrimiento de los neurotransmisores y la síntesis de nuevas moléculas capaces de modificar el comportamiento.

Tantas y tan variadas conquistas hacen que algunos contemplen este avance como algo ilimitado; en cierto modo, la Medicina parece estar arañando continuamente las fronteras de lo milagroso.

Pero no todo en dicho avance resulta indiscutible: el peso del progreso, aun siendo en general positivo, ha contribuido a cambiar el punto de vista de los profesionales de la salud, no sólo acerca de lo que debería ser el ejercicio de su profesión, sino también respecto a la enfermedad y el sufrimiento humano.

Junto a los indudables adelantos de las ciencias biomédicas —casi todas en el límite de la ciencia-ficción— son también frecuentes entre los profesionales de la salud las frustraciones y las penalidades. Muchas son aún las enfermedades de las que no se posee un conocimiento suficiente. Y por otro lado, en la formación de dichos profesionales se echan de menos los criterios antropológicos que permitan tomar la decisión clínica y ética más adecuada para cada enfermo. Como resultado de esta situación, se suscitan no pocas dudas y contradicciones en la práctica médica cotidiana.

Por otra parte, las circunstancias de nuestra actual sociedad hacen todavía más patentes la indigencia y el poder que, paradójicamente, caracterizan a la Medicina de nuestro tiempo. Frente a los ideales pregonados por la *fun morality* (salud, culto al cuerpo, juventud, satisfacción instantánea de los deseos placenteros, etc.), algo que corre peligro de convertirse en una obsesión unidimensional, se alza hoy lo que alguien ha llamado «sustracción confiscatoria» (soledad, pobreza, hambre, sufrimiento, incomprensión, desarraigo, etc.).

Ante esta realidad, es lógico que el hombre se cuestione tales desgarramientos y que trate de afrontarlos al sentirse interpelado por ellos.

Pero en este punto, no parece que el avance de la Medicina tecnificada, sin duda eficiente, pueda aportar alguna solución. Es el hombre —y no la tecnología— el que ha de salir al encuentro de estos problemas inquietantes, porque es también el hombre —únicamente el hombre— el que, olvidándose de ellos se denigra a sí mismo o tratando de resolverlos hace crecer la estatura de su dignidad. El problema más acuciante de la Medicina contemporánea no reside tanto en la innovación tecnológica de sus procedimientos como en el *rearme ético* de sus profesionales.

Tampoco puede esperarse que las soluciones vengan del Estado del Bienestar, a pesar de que forzosamente deba contarse con su ayuda, por cuanto esos problemas también son *sus* problemas. Pero el Estado —o las personas

que en cada momento lo representan— parece estar demasiado ocupado en su propio interés, que no siempre coincide con el bien común.

En la resolución de estas dificultades, el Estado ayuda muy poco y, cuando lo hace, realiza unas prestaciones escasas, interesadas y con el suficiente retraso como para poner en duda el alcance de su eficacia. Por tanto, si los profesionales de la salud y los enfermos continúan mirándose en el espejo del Estado, si se inhiben o se subordinan ante su proteccionismo paternalista la acción de los expertos y de la sociedad entera en pro de quienes sufren será casi inoperante e insatisfactoria.

No se trata simplemente de llevar a cabo una acción pusilánime e infantilizada, ni de aquietar la «mala conciencia» o la culpabilidad que puede suscitar el dolor del hombre enfermo. Es preciso optar por el ya señalado *rearme ético*, condición indispensable para una vida profesional plenamente lograda en la acción de curar, cuidar, aliviar, compartir o, simplemente, acompañar cuando no se puede hacer otra cosa.

La Bioética debe ser el aldabonazo motivador que todos —profesionales de la salud y enfermos, Estado y sociedad— necesitamos para restituir su dignidad al hecho del enfermar humano. Pero para ello, es preciso afrontar con todas sus consecuencias el misterio del sufrimiento (constitutivo esencial y natural de la persona), y hay que hacerlo sin máscaras ni edulcorantes acomodaticios.

Amigo lector, el libro que tienes entre las manos es el primer Manual de Bioética sistemático que se publica en España, y va dirigido al vasto público interesado por los inquietantes problemas que a todos nos plantea hoy la Biomedicina.

De un modo muy especial, ayudará a todos aquellos profesionales —médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, directores y capellanes de hospitales, farmacéuticos, comisiones deontológicas de los Colegios Profesionales, etc.— que, en su difícil quehacer de cada día, tienen que tomar decisiones que tanto atañen a los enfermos. Asimismo, los profesores y alumnos de Bioética y Deontología Profesional, y los alumnos de Medicina, Enfermería y Farmacia hallarán en estas páginas las orientaciones que precisan para su formación y aprendizaje.

Como director de este Manual, quiero agradecer la valiosa colaboración de los prestigiosos profesores europeos e hispanoamericanos que han contribuido, con su esfuerzo y dedicación, a que esta publicación sea hoy una realidad.

AQUILINO POLAINO-LORENTE
Sierra de Madrid, 7 de octubre de 1993

INTRODUCCIÓN GENERAL

Carlo Caffarra

Es conocida la definición de bioética dada por la *Encyclopedia of Bioethics,* «estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales» (New York 1978, vol. I, p. XIX). De ahí que el saber ético tenga un doble objeto: el obrar del científico y el obrar del médico.

Aun para quien conoce poco la Historia de la Medicina, resultará inmediatamente claro que, al menos *prima facie*, la bioética tiene su precedente en la ética y/o en la deontología médica. Sin embargo, como veremos, no se trata en realidad de la misma disciplina. La ética médica tiene un ámbito (un «objeto material») mucho más restringido. Atañe sólo a *la práctica* de la medicina, mientras que la bioética no está *per se* limitada a esta práctica, aun cuando, en nuestra sociedad, algunos de los problemas que afronta la bioética de ordinario deban ser resueltos por los médicos.

Por lo que se refiere al ámbito de las ciencias de la vida, la definición antes citada podría inducir a pensar que la bioética, en definitiva, se identifica con la ética de la ciencia. Generalmente, hoy se entiende por ética *de la* ciencia el conjunto de las leyes que deben regular el uso de la razón que quiere manifestarse como *uso científico*. Más precisamente: los criterios para discernir entre un proceso racional *científico* y un proceso racional *no científico*. Esta definición tiende a identificar *ética* de la ciencia y *epistemología* de la ciencia, basándose en el axioma de que es deshonesto afirmar como verdad científica lo que se afirma sin acatar el método científico propiamente dicho. Es fácil ver cómo una ética de la ciencia así entendida no puede agotar la definición de la bioética. Por la sencilla razón de que el hombre puede usar bien o mal un saber alcanzado mediante el acatamiento absoluto de las reglas del saber científico. He aquí *un* problema, pero no *el* problema central de la bioética.

La definición de la *Encyclopedia of Bioethics* debe, por tanto, ser rigurosamente repensada, aunque no necesariamente abandonada.

Puede ser útil comenzar por la delimitación del ámbito u objeto material de la bioética. Podemos sostener, de modo todavía muy genérico, que está constituido por el ámbito *de la vida* (*bio*-ética). Sin embargo, el ámbito propio de la ética es exclusivamente el actuar humano (bio-*ética*). En conclusión: el objeto material de la bioética es el actuar humano en el ámbito del reino de la vida. Ahora bien, el actuar humano puede ser reconducido al saber y al obrar estrictamente entendidos (uso del saber). De aquí que el ámbito de la bioética se nos presente como el conocimiento científico de la vida y del uso de este saber.

De esta definición de bioética, acerca de la cual creo que hoy existe cierto consenso, aunque sea bajo diversas formulaciones, deriva de inmediato un corolario muy importante. La bioética no es sino un campo particular de la reflexión ética general: una nueva ética especial. De esto se deriva que su tarea no es la de determinar y elaborar nuevos principios éticos generales, sino la de aplicar los principios generales a los nuevos problemas que se ofrecen a la consideración de la acción humana en el reino de la vida. Pero, es precisamente en este punto donde surgen todos los problemas epistemológicos de la bioética sobre los que la presente introducción pretende reflexionar, con el fin de situar teoréticamente la presente obra en el contexto de la literatura bioética contemporánea.

He dicho que se trata «de aplicar los principios generales a los nuevos problemas». La fórmula es sólo aparentemente simple. ¿Qué significa «apli-

car»? *primer problema*; ¿qué significa «nuevos problemas»? *segundo problema*; ¿qué significa «principios generales»? *tercer problema.* Puesto que es una buena regla didáctica comenzar por lo más fácil, empezaremos por la segunda pregunta que es, sin duda, la más simple de las tres.

¿Qué novedad?

No es difícil responder a la primera pregunta. Digamos que se trata, ciertamente, de una novedad de contenidos: en estos últimos decenios la ética ha debido afrontar nuevos problemas derivados del desarrollo de la investigación científica. Sin embargo, no es ésta la novedad sobre la que quiero fundamentalmente llamar la atención. Se trata más bien de ver cómo ese desarrollo puede haber suscitado problemas que exigen una profunda revisión de la teoría ética como tal. Nos servirá de ayuda el análisis de H. Jonas (1991), al que, sin embargo, es necesario añadir algunas precisiones.

La tesis de H. Jonas es esencialmente la siguiente: hasta ahora todas las teorías éticas estaban tácitamente fundadas sobre determinados presupuestos fundamentales; pero la investigación científica actual, y la técnica por ella generada, han puesto en duda, de forma radical, esos presupuestos; de ahí que la ética precedente no sea ya capaz de afrontar y resolver los nuevos problemas. Por consiguiente, tendremos una triple novedad.

La primera. Hoy se suscitan problemas totalmente nuevos que la ética tradicional no podía ni siquiera prever. Por ejemplo, era hasta tal punto obvio que las condiciones para la concepción de una persona humana no se podían dar fuera del acto sexual, que la ética ni siquiera se planteaba una pregunta como ésta: ¿sólo el acto sexual (conyugal) es digno de proporcionar las condiciones de la concepción? Es la novedad que antes hemos llamado de contenidos.

La segunda. Según Jonas, sin embargo, la mayor novedad es el cuestionamiento de los presupuestos de toda teoría ética. ¿Cuáles eran estos presupuestos? Según el ilustre pensador eran tres. La condición humana, determinada por la naturaleza del hombre y por las cosas, era siempre fundamentalmente idéntica, establecida de una vez para siempre. Dado el carácter permanente de la condición humana, era posible decidir cuál era el bien del hombre y, sea como fuere, la pregunta sobre el bien del hombre como tal era una pregunta sensata. El alcance de la acción humana y, por tanto, de la responsabilidad humana, estaba rígidamente definido. Ahora bien, ¿por qué y cómo han sido cuestionados estos presupuestos? En primer lugar, la ciencia ha dado al hombre un poder tal sobre el hombre, que éste puede incluso modificar estructuras de la persona que hasta hoy se consideraban intangibles. Jonas escribe sugestivamente: «La ciudad de los hombres, tiempo atrás apenas una concha en el mundo extrahumano, se extiende hoy a la naturaleza terrestre en su totalidad y le usurpa su puesto. Ya no existe diferencia entre lo natural y lo artificial: lo natural es absorbido en la esfera de lo artificial y, al mismo tiempo, la totalidad de los artefactos, las obras del hombre, que influyen sobre él y mediante él, genera una verdadera *naturaleza*, es decir, una necesidad con la que la libertad humana debe enfrentarse en un sentido completamente nuevo» (en *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, pág. 52). Este hecho genera la crisis de otro presupuesto. Las consecuencias del actuar humano se han ampliado hasta el infinito; piénsese en las aplicaciones de la técnica del DNA recombinante en las células germinales humanas: una posibilidad que, aplicada, podría tener consecuencias sobre la especie humana como tal. Y en estas condiciones, desde el momento en que el mismo *ser* humano se ha vuelto fugaz, tiene todavía sentido preguntarse cuál es el verdadero bien del hombre.

La tercera y más importante novedad está constituida, según Jonas, por el hecho de que la ética tradicional no es ya capaz de afrontar teóricamente esta situación. De aquí que postule la exigencia de «nuevas reglas éticas y quizás también de una nueva ética» (pág. 60). Sin embargo, cuando Jonas se hace más propositivo, habla de la necesidad de fundar la ética «sobre el terreno de una doctrina del ser, es decir, de la metafísica» (pag. 51). Pero *ésta* es precisamente la gran tradición de la ética cristiana. La razón, que ha abandonado la morada del ser, ¿se encuentra tal vez en un exilio tan miserable que por sí misma ha venido a invocar un retorno a su propia casa?

Sin adentrarnos ahora en una confrontación crítica con el pensamiento de Jonas sobre este diagnóstico, creo que se puede considerar como un beneficio adquirido el reconocimiento de que la novedad no existe sólo ni principalmente en el

primer nivel. Ciertamente, ella ha afectado incluso la conciencia que el hombre tiene de sí mismo. Pero si, además, tenemos presente, como se debe, el hecho de que este acontecimiento espiritual se produce en el contexto de una cultura humana fundamentalmente atea, se puede entender la dramática *incertidumbre* en la que cae la conciencia moral del hombre contemporáneo (la alucinante profecía de Nietzsche se ha cumplido puntualmente), una dramática incertidumbre que se manifiesta, sobre todo, en el campo de la bioética.

El análisis de Jonas, ciertamente, parece ocurrir en el marco de un universo teorético que ya no es capaz de ofrecer respuestas. Pienso, por ejemplo, en el concepto de naturaleza y en la contraposición entre natural-artificial, visto como problematización de la ética tradicional. Sería necesario, en efecto, aclarar qué significa, incluso cronológicamente, «tradicional». El concepto de naturaleza en la *ética* de Agustín y en la ética de Tomás de Aquino es muy diferente o, en general, tiene un contenido muy distinto del concepto, por ejemplo, cartesiano.

Surge entonces una pregunta mucho más difícil de responder en el debate bioético contemporáneo: ¿*qué ética* es cuestionada? O, lo que es lo mismo: ¿qué ética constituye el saber bioético?

Si reflexionamos atentamente, es fácil observar que esta pregunta implica dos problemas. Como todo saber que se manifiesta como saber argumentado, verificable y discutible, también la ética es una puesta en acto de la razón, y representa una forma de *racionalidad* que es ejercida para alcanzar determinados resultados, es decir, para conocer. ¿Qué racionalidad? ¿Qué conocimiento? O, para usar la terminología hoy más en boga en el debate bioético, ¿cómo acontece la aplicación (primer problema) de los principios éticos (segundo problema)? A estos dos problemas, por tanto, estarán dedicados los dos puntos siguientes de esta introducción.

¿Qué racionalidad?

La distinción entre razón especulativa y razón práctica, elaborada por primera vez por Aristóteles en la cultura occidental, ha sido un descubrimiento teórico que puede considerarse definitivo. Y, de hecho, nadie después de él ha refutado esta distinción; así como la consiguiente afirmación de que la racionalidad implicada en el obrar humano es precisamente la racionalidad práctica. Sin embargo, cuando se comienza a aclarar el concepto de racionalidad práctica, vemos que éste se encuentra en un verdadero «berenjenal teórico» en el debate bioético actual: ¿qué racionalidad práctica se *utiliza* hoy en la solución de los problemas de la bioética? ¿Cómo juzgar esta situación?

Para proceder con un cierto orden, comencemos por determinar los problemas fundamentales que son afrontados por la razón práctica. Partiendo de Aristóteles, que fue el primero en elaborar una teoría rigurosa de la razón práctica, podemos decir que estos problemas son cuatro.

Primero: ¿de qué modo un problema práctico recibe la solución racional? Es decir, ¿cuándo la solución dada a un problema práctico puede ser considerada «solución racional o razonable»? Para entender esta cuestión, así como las sucesivas preguntas, ha de tenerse siempre presente que un problema especulativo es: «¿cómo son las cosas?», y un problema práctico es «¿qué puedo o debo hacer?». Por ejemplo: ¿qué debo hacer para resolver el problema del aborto clandestino?, es una pregunta o un problema práctico. ¿Cuándo puedo decir que la solución dada es una solución razonable?

Segundo: ¿qué significa para la persona que actúa, actuar por una razón, es decir, actuar basándose en la razón, o todavía más simple, *actuar racionalmente*? Este problema sigue al precedente. En efecto, una vez descubierta la solución al problema práctico, una solución que puede ser considerada «racional», nos preguntamos: «¿cuándo puede afirmarse que la acción está basada en la razón, y considerarla, por consiguiente, como una *acción razonable*?

Tercero: ¿hay un modelo o paradigma capaz de explicar toda acción racional, aun aquélla llevada a cabo contra la razón? Dicha pregunta (que puede parecer carente de sentido) constituye en realidad uno de los momentos fundamentales en la elaboración de una teoría de la racionalidad práctica, y surge de la experiencia humana cotidiana: nosotros podemos actuar de forma *contraria* a la solución que ha sido juzgada como racional. Por definición, se trata, entonces, de un acto *irracional.* La pregunta a responder es la siguiente: la acción fundada en la razón (acción razonable) y la acción que no está fundada en la razón (acción irracional), ¿pueden ser explicadas con un solo e idéntico modelo o paradigma?

Cuarto: ¿qué es lo que produce el paso de la razón para actuar *al actuar* mismo?, ¿el paso «del decir al hacer»? o, *¿qué causalidad* ejerce la razón frente a la voluntad? El problema es muy importante, no sólo para una teoría antropológica, sino también para la ética. Se trata, en el fondo, del problema de la relación entre la razón y la libertad.

El quinto problema constituye el verdadero y auténtico acceso a la reflexión ética. Suponiendo que el acto de la persona esté fundado sobre la razón (sea razonable), ¿esta razonabilidad hace al acto solamente *inteligente* o también *justo*?, ¿solamente *comprensible* o también *justificable*? o bien, ¿es la justicia más que la inteligibilidad/racionalidad?

Y así hemos llegado *al sexto* y último problema que una teoría de la racionalidad práctica debe resolver: ¿en qué se distingue la racionalidad práctica de la racionalidad especulativa?

Para comprender qué racionalidad práctica está comprometida en las discusiones bioéticas contemporáneas, es necesario ver la respuesta que en ellas se da a los seis problemas antes mencionados. Éste es un trabajo que va mucho más allá de los fines propios de una introducción general. De otra parte, en esta obra hay, a este respecto, análisis muy detallados.

Reflexionando más atentamente, se observa que de los seis problemas, sólo el primero, el quinto y el sexto tienen una importancia decisiva para la constitución de una *teoría* ética general y, por lo tanto, también para la bioética. Los otros tres interesan más directamente a quien debe *juzgar* el acto realizado o que está por realizar. Es decir, interesa fundamentalmente la *imputabilidad* del acto razonable antes que la *razonabilidad* del acto imputable.

Quizás simplificando mucho, se podría decir que en nuestra cultura occidental se han ofrecido fundamentalmente tres respuestas a los tres problemas antes mencionados, la de *D. Hume*, la de *E. Kant* y la de *Santo Tomás* (que retoma y perfecciona en puntos esenciales la respuesta de Aristóteles). Creo que ahora será útil presentar un bosquejo de las tres respuestas antes mencionadas (A), verlas después comprometidas en el debate ético contemporáneo (B), y concluir con nuestra alternativa teórica (C).

A. Comencemos con la exposición sintética de las tres respuestas, la de Hume, la de Kant y la de Santo Tomás.

A1. Según Hume, la razonabilidad de un acto humano consiste en su capacidad de satisfacer el deseo que lo ha motivado. Para comprender este concepto de razonabilidad es necesario tener presente la descripción que hace Hume del acto humano. Según el filósofo escocés, la razón no tiene ninguna capacidad motiva y motivante: sólo las pasiones empujan a actuar. El acto, en efecto, se realiza siempre para alcanzar el objeto de un deseo. Y la razón se inserta precisamente entre deseo y objeto (del deseo), elaborando un modelo de conducta que pueda conducir al deseo a su objeto.

La respuesta a la segunda pregunta es, por tanto, coherente.

El acto razonable es justificable cuando el modelo de conducta elaborado por la razón, considerado en su totalidad, es aquel que en una situación dada se prevé como el *más* adecuado (para la obtención del objeto) entre otros modelos posibles.

Las dos respuestas precedentes resultan todavía más claras, si se tiene en cuenta la respuesta al tercer problema. No existe una verdad práctica en sentido estricto: la razón práctica (en el sentido antes mencionado, es decir, como instrumento de la pasión) no pronuncia juicios de verdad/falsedad (descriptivos), sino sólo juicios que pueden ser o no capaces de indicar qué acto conduce a la satisfacción del deseo.

A2. La concepción kantiana de la racionalidad práctica es profundamente distinta. Hemos de limitarnos sólo a algunas indicaciones esenciales.

La razón práctica es la capacidad que tiene la razón de actuar a partir de principios. Ahora bien, y esto es esencial en la concepción kantiana, la razón puede determinarse a actuar *puramente* (esto es, incondicionalmente) (razón *pura* práctica) o *no puramente* (esto es, condicionadamente). La razón práctica es pura cuando se determina a actuar sin ninguna condición empírica (para alcanzar, por ejemplo, un determinado objetivo): cuando se determina según los principios absolutos *a priori*.

A3. Querría detenerme más extensamente sobre la concepción de Santo Tomás, porque es la que considero verdadera.

La racionalidad práctica es, según Tomás, el conocimiento del *bien* del hombre. El bien del hombre es su fin: la realización perfecta de su humanidad. El fin (y, por tanto, el bien del hombre) puede también ser definido como aquello a lo que las inclinaciones naturales del hombre están originariamente orientadas.

Sin embargo, se trata todavía de una definición formal de fin-bien (último). Y, de hecho, Tomás señala a menudo cómo se han dado varias respuestas a la pregunta sobre el fin-bien último, a pesar de partir todas de la misma definición formal. El primer acto de la racionalidad práctica es por consiguiente descubrir *la verdad* sobre el fin último del hombre, responder a la pregunta sobre el destino final, sobre el significado último de la existencia humana.

Pero este conocimiento del fin último no es suficiente para conducir nuestra vida. El logro del fin último se alcanza a través de nuestros *actos*. La razón práctica tiene la misión de conocer la verdad del acto humano en cuanto bueno/malo, es decir, en cuanto capaz de realizar a la persona en orden a su auténtico fin último (verdadero).

Este conocimiento del acto se realiza normalmente en tres momentos o pasos sucesivos: cuando se tiene el conocimiento de la *naturaleza* del acto, del acto en *su género* moral, y del acto desde el punto de vista de *su objeto*. Así, por ejemplo, cuando la razón dice: la contracepción es ilícita, ha alcanzado un conocimiento de este género. Ha conocido un acto humano desde el punto de vista de su objeto. Esto es lo que llamamos *ley moral* (natural). Es, por lo tanto, un juicio de la razón mediante el cual la persona conoce la cualidad moral de un acto desde el punto de vista de su objeto.

Sin embargo, este conocimiento no es suficiente. El acto humano tal como es conocido mediante la ley moral no existe en la realidad: el acto existe siempre en las circunstancias históricas en las que la persona concreta está llamada a actuar. No basta saber si la contracepción es ilícita, es necesario saber si *éste* es un acto contraceptivo y, por lo tanto, si *este* acto puede o no ser realizado. La razón práctica debe alcanzar un conocimiento *particular*.

Ahora bien, según Santo Tomás existen dos tipos de conocimientos prácticos *particulares*: uno es el conocimiento alcanzado mediante el juicio *conciencial* (el juicio que es la conciencia moral), el otro es el conocimiento alcanzado mediante el juicio *prudencial* (el juicio que es el acto propio de la virtud de la prudencia). La diferencia entre ambos no radica en su validez noética. Ambos tienen una validez particular: sirven para la persona individual. En esto se distinguen ambos de la ley moral. Pero se distinguen más profundamente porque el primero, el juicio de conciencia, es un juicio de la razón práctica pura (que, de hecho, puede ser contradicho por la voluntad: se puede actuar contra el juicio de la propia conciencia). Por el contrario, el segundo, el juicio prudencial, es ciertamente un juicio racional, aunque de una razón movida, inspirada y gobernada por la voluntad, y, por tanto, este juicio es seguido siempre por la voluntad.

Podemos ahora responder, con Santo Tomás, a nuestras tres preguntas.

Un acto humano es razonable cuando es prudente, cuando es fruto de la voluntad que sigue a la propia conciencia, iluminada y guiada por la ley moral.

¿Cuándo un acto razonable es un acto éticamente justificable? La respuesta de Santo Tomás es más compleja. Cuando es un acto *verdaderamente* prudente, cuando el juicio de la conciencia es *verdadero*, esto es, iluminado y guiado por la ley moral. En sí mismo, decir *verdaderamente* prudente es pleonástico, ya que en el caso de un juicio no verdaderamente prudente, se tiene en realidad un juicio *imprudente*: es decir, un acto que simplemente ya no es virtuoso. Sin embargo, basándose en la Sagrada Escritura, que distingue entre una verdadera y una falsa prudencia, Tomás habla de acto prudente *en realidad* y prudente sólo *en apariencia*. Es más importante la segunda precisión. Sólo el seguir la conciencia *verdadera* hace que el acto sea justo, el seguir la conciencia (inculpablemente) *falsa* no hace el acto justo, sino sólo no imputable como culpa.

Parece también clara la distinción entre razón práctica y razón especulativa. La primera es la razón en cuanto capacidad de conocer la verdad sobre el *bien* de la persona: capacidad de conocer el bien. La segunda es la razón en cuanto capacidad de conocer la verdad de aquello cuya existencia no depende de la libertad humana. En este sentido, Santo Tomás dice a veces que la verdad conocida por la razón especulativa es la verdad necesaria.

B. Vistos cuáles son los problemas principales que debe afrontar una teoría de la racionalidad práctica, y vistas cuáles son las tres principales teorías de la racionalidad práctica elaboradas por nuestra tradición filosófica, ahora debemos observar, finalmente, cómo estas tres teorías pueden generar construcciones

teoréticas, arquitecturas bioéticas profundamente distintas entre sí.

Como decía al final del primer parágrafo, se debe ver concretamente cuál es el modelo fundamental según el cual se procede a la aplicación de los principios éticos: en efecto, es en esta aplicación donde vemos en acción la concepción de la racionalidad práctica.

B1. En el debate bioético contemporáneo el *modelo utilitarista* es la expresión más clara de la racionalidad práctica de procedencia humana y nos parece que hoy es el que *de hecho* prevalece.

Con el término «modelo utilitarístico» designo la argumentación ética que se propone justificar una propuesta práctica sobre la base de sus consecuencias positivas y negativas, contrapuestas según un balance de bienes y males previstos. En pocas palabras: es el argumento de la medición de la utilidad que se deriva de una acción, según el criterio de *máximos-mínimos*. Este modelo proporciona una serie de directrices para indicar qué operaciones intelectuales se deben realizar para resolver los problemas de bioética. Estas operaciones intelectuales se proponen determinar qué solución, entre las varias posibles, tiene mayor utilidad. Utilidad que significa valor de las consecuencias, y probabilidad de que éstas se verifiquen si la solución propuesta es llevada a cabo.

Para dar un ejemplo, todos aquellos que aceptan esta racionalidad práctica, aceptan y proponen los experimentos con embriones aun con el único fin de realizar la investigación científica, incluso en el caso de que esta experimentación comporte la muerte del embrión. Es ésta una propuesta plenamente coherente con el modelo utilitarista. Las dos propuestas del modelo utilitarista son: ningún experimento debe realizarse *sólo con fines de investigación*, y pueden aceptarse *sólo ciertos experimentos* en la medida en que muchas personas podrían beneficiarse en función de los nuevos conocimientos que por ellos pueden adquirirse. En esta segunda opción los utilitaristas argumentan que pueden aceptar esos experimentos por ser superiores las consecuencias que se obtienen (los nuevos conocimientos) que el mal que *un solo ser* humano puede sufrir.

Obviamente, la objeción de que una persona jamás pueda ser usada no disuade en lo más mínimo a los utilitaristas, ya que éstos han desechado aquel concepto de racionalidad que sólo hace posible la afirmación del valor incondicional de cada persona individual. Dicho incidentalmente, en todo caso, se observa cómo el modelo utilitarista no es capaz de conjugar el valor de la felicidad o del bienestar y el valor de la igualdad.

B2. Tampoco está ausente del debate bioético contemporáneo la racionalidad práctica de ascendencia kantiana, bajo la forma de aquellos modelos de argumentación (aplicación), que ponen en el centro de la misma teoría aplicativa el *principio de universalización* (G. M. Singer, R. M. Hare, J. Habermas). He hablado de ascendencia kantiana, en el sentido de que este modelo aplicado parte del presupuesto fundamental de que la moralidad de las acciones ha de establecerse con independencia de la voluntad, de las preferencias, de los deseos e inclinaciones de los sujetos individuales empíricos: no es importante, no es relevante para el juicio ético, *quién* piensa, *quién* quiere, *quién* desea, *quién* actúa. Me parece particularmente importante la formulación de Habermas, en cuanto que no está totalmente ausente de los debates bioéticos contemporáneos.

Simplificando un poco, me parece que este modelo aplicado se basa en dos principios fundamentales, o mejor dicho, en dos normas de procedimiento. *La primera*: se ha de considerar justa aquella solución que se ha alcanzado de modo tal que (a) todo sujeto capaz de hablar y de actuar ha tomado parte; (b1) cada uno de ellos puede problematizar cualquier afirmación; (b2) cada uno de ellos puede introducir en el discurso cualquier afirmación; (b3) cada uno de ellos puede expresar sus aspiraciones; (c) a ninguno se le impide ejercer los derechos enunciados en b1, b2 y b3. *La segunda*: se ha de considerar justa aquella solución cuyas condiciones y efectos secundarios, previsiblemente derivados de su observancia universal para la satisfacción de los intereses de cada individuo, puedan ser aceptados sin coacciones por *todos* los sujetos implicados. Muy brevemente: el procedimiento condiciona la justicia de la solución cuando asegura la imparcialidad y, por tanto, la universalidad.

Para retomar el ejemplo dado, no se puede determinar si los experimentos con embriones, únicamente con fines científicos, son o no lícitos sobre la base de una presupuesta verdad de la persona (del embrión). Sólo se puede establecer tal licitud/ilicitud realizando aquel procedimiento del discurso que responda a las características de la primera regla. Sin embargo, se pueden formular dos preguntas. El embrión, que es el sujeto... más interesado, ¿puede participar en esta comunicación discursiva? ¿Sobre qué base se entra en *esta* comunicación, si no es sobre la base de una idea ya presupuesta del bien y de la justicia?

B3. Debemos examinar ahora el modelo argumentativo que se inspira en la concepción tomista de la racionalidad práctica. Creo que será más claro si lo vemos aplicado al ejemplo varias veces referido anteriormente. El problema, entonces, es el siguiente: ¿es lícito realizar experimentos con embriones únicamente con fines científicos, aun con riesgo de su muerte?

En el marco de la racionalidad práctica tomista, la respuesta se articula fundamentalmente del modo siguiente: jamás es lícito usar una persona; pero el embrión es una persona y los experimentos realizados constituyen un uso del embrión; por lo tanto, éstos son ilícitos.

Como se ve, se tiene un conocimiento *de principios*, uno de carácter antropológico (el embrión es persona), y otro de carácter ético (la persona no puede ser usada jamás): se alcanza así la afirmación *de una ley moral* según la cual el embrión no puede ser usado. Estamos ante el conocimiento de un procedimiento técnico (los experimentos que se pretende hacer) a la luz del conocimiento moral: ¿este procedimiento se configura o no como «uso del embrión»?

Como se ve, este modelo de racionalidad práctica enraíza profundamente en la racionalidad teorética, es decir: *el bien* del hombre sólo puede ser conocido a la luz de la *verdad* del hombre. La ética enraíza en la antropología.

C. Concluyo esta segunda parte de mi reflexión con algunas observaciones críticas, con objeto de sugerir las razones por las que considero *verdadera* la concepción tomista de la racionalidad práctica.

La primera razón es que la cuestión (o las cuestiones) sobre la validez de una norma de comportamiento no puede ser desligada de la cuestión sobre lo que es bueno para el hombre, de la cuestión sobre la vida buena. ¿Basándose en qué criterio, en efecto, puede juzgar cada uno sobre la razonabilidad de sus deseos, de sus intereses, si no es sobre la base de lo que es *digno* del hombre como tal? Si no es digno que se haga uso de una persona para alcanzar determinados resultados en la investigación científica, no es razonable querer de este modo estos resultados.

El punto de partida de toda reflexión bioética, por tanto, no puede dejar de ser la pregunta sobre el *verdadero* bien del hombre como hombre: es la pregunta originaria de la racionalidad práctica. En suma, una construcción de la bioética como norma para el actuar absolutamente imparcial e impersonal es imposible. El bien al que la persona humana *está inclinada* es el que debe ser afirmado.

Ésta es la verdad oculta en el error utilitarista.

La segunda razón es que el modelo utilitarista constituye simplemente la expulsión, la destrucción de la ética.

El utilitarista es *sensista* en gnoseología porque es *materialista* en metafísica. Dados estos presupuestos gnoseológicos y metafísicos, se llega a afirmar que existen inclinaciones naturales sólo porque pueden ser *sentidas*, y que, por tanto, sólo *es* bien lo que *sentimos* como bien. Y como no todos sienten como bien el mismo bien, es necesario instituir un modelo de convergencia de intereses opuestos (el interés del embrión es opuesto al interés de los otros a conocer), según el máximo bien para el mayor número posible de personas. Sin embargo, en el hombre no sólo existe una inclinación a *este* bien en cuanto es *mi* bien, sino que existe también una inclinación al bien en cuanto es el bien; no sólo es materia del querer humano el bien *sensiblemente* dado, sino que también lo puede ser el bien en razón de su pura y simple esencia de bien. La doctrina de la virtud, capacidad de querer el bien porque es un bien, es central en la doctrina tomista. El ejercicio de la razón práctica, en los tres niveles (universal, particular-conciencial y particular-prudencial), tiende a conocer precisamente lo que es bien en cuanto tal. ¿Y cuáles son estos bienes?

Esto nos lleva ya al tercer y último parágrafo.

¿Qué principios?

En realidad éste es el *núcleo* de todo el debate bioético contemporáneo: ¿cuáles son las razones últimas en las que nos podemos basar para resolver los problemas de la bioética?

La primera diferenciación es la siguiente. Hay quien sostiene que no hay *ninguna* razón última decisiva para resolver los problemas de la bioética, que no sean las preferencias y los deseos de cada uno. En definitiva, en toda solución dada se ha de considerar siempre como ante-

puesto: yo pienso que..., o bien, yo prefiero que..., yo deseo que... Y hay quien sostiene que existen razones últimas decisivas, porque existe una verdad sobre lo que es bueno/malo, universalmente válida.

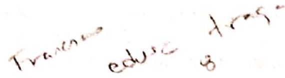
En el marco de la primera posición hemos de considerar una ulterior e importante diversificación. *La primera*: dado el carácter imprescindible del sujeto empírico concreto, la razón última decisiva en la solución de un problema de bioética es su utilidad en términos de bienestar para el mayor número de personas. *La segunda*: dado el carácter imprescindible del sujeto empírico concreto, la razón última decisiva en la solución de un problema de bioética es que ésta esté construida según un procedimiento en el que cada uno ha tomado parte (el consenso produce la justicia de la solución).

La segunda posición se ve empeñada en la construcción de una antropología al servicio de la bioética. Es decir, se trata de determinar cuáles son las verdades sobre el hombre que deben estar en la base de *toda* solución dada a los problemas de la bioética: no toda la antropología, sino aquella que debe ponerse al servicio de la bioética. Pero éste es sólo el primer momento.

Se trata luego de determinar «los pasajes» de la antropología que han de aplicarse a la ética: esto es, determinar y formular aquellos principios prácticos supremos que hacen operativas las verdades antropológicas en bioética.

Volvamos a nuestro ejemplo. La afirmación de que la persona es el orden supremo de ser es una afirmación metafísico-antropológica. Ésta se pone al servicio de la bioética cuando deduzco que ninguna persona humana puede ser usada simplemente como medio. He formulado un principio supremo que ha hecho operativa una verdad antropológica en bioética.

Pero, en este punto, mi tarea de escribir una introducción ha terminado. En el manual, en efecto, están amplia y explícitamente expuestas verdades antropológicas y principios supremos prácticos. Nuestra tarea era sólo la de introducir al lector en el estudio de la bioética, haciéndolo partícipe de los tres problemas centrales que son objeto del actual debate contemporáneo, y de las distintas soluciones propuestas.



Bibliografía

BELLINO, F.: *Il fondamenti della bioetica. Aspetti antropologici, ontologici, e morali*, Ed. Citta Nuova, Roma, 1993.

JONAS, H.: *Della fede antica all'uomo tecnologico*, Ed. Il Mulino, Bolonia, 1991.

LECALDANO, E.: *Hume e la nascita dell'etica contemporanea*. Ed. Laberza, Bari, 1991.

O'FANELI, F.: *Per leggere la critica della ragione pratica di Kant*, Ed. P.U.G., Roma, 1990.

MC INERNY, R.: *Aquinas on human action. A theory of practice*, Ed. CUA Press, Washington, D.C., 1992.

BIDO, S. (ed): *La questione dell'utilitarismo*, Ed. Marietti, Génova, 1991.

BARTOLOMEI VASCONCELOS, T. (ed): *Etiche in dialogo. Tesi sulla razionalitá pratica*, Ed. Marietti, Génova, 1990.

Primera parte

ALGUNAS CUESTIONES EN TORNO A LA FUNDAMENTACIÓN DE LA BIOÉTICA

1. CIENCIA Y CONCIENCIA

A. Polaino-Lorente

*Introducción al estudio de la conciencia**

De la conciencia humana es más lo que ignoramos que lo que sabemos. Tan parciales e incompletos son los conocimientos que de la conciencia tenemos que ha llegado a ser criticado el empleo del término de conciencia, a causa del peligro de cosificación —como si fuese una instancia sustanciada que «asentase» en algún lugar—, que su uso pudiera implicar.

Entre las variadas aproximaciones científicas al estudio de la conciencia, desde la perspectiva de muy diversas disciplinas, podrían destacarse aquí los siguientes enfoques: etológico, biomolecular, sociológico, cibernético, psiquiátrico, neurofisiológico, psicológico, fenomenológico, moral, etc. La consideración de las aportaciones logradas por cada uno de ellos, con ser éstas muy relevantes, no nos permiten adentrarnos como debiéramos en el conocimiento de la conciencia humana.

El enfoque *etológico* aglutinó a los etólogos y a los expertos en el estudio de la inteligencia artificial. Este grupo de especialistas consideran que la conducta consciente debe ser explicada en términos de sistemas de moldeamientos, cuyas bases están en el cerebro.

El enfoque *biomolecular* reunió a especialistas de Bioquímica, Genética, Biología molecular y Neurofisiología. La mayoría de ellos asume que los comportamientos conscientes son causados por los cambios biomoleculares del cerebro.

El enfoque *sociológico* representa una vía muy diferente a las dos anteriores, al proponerse tratar de integrar en el concepto de conciencia los cambios ambientales y las modificaciones bioquímicas que suceden en el cerebro.

El enfoque *cibernético* estudia la conciencia, observando sus funciones como las de los sofisticados ordenadores y concediendo una especial importancia al procesamiento de la información de un arbitrario número de «cajas negras», conectadas entre sí, de donde surgiría el comportamiento consciente.

El enfoque *psiquiátrico* tradicional continúa distinguiendo dos formas de comportamiento consciente: uno de base orgánica y otro de tipo funcional, con causas y consecuencias muy específicas, cuya interacción se pone especialmente de manifiesto en las alteraciones psicopatológicas y en las denominadas enfermedades psicosomáticas.

Ninguno de los anteriores enfoques ofrece una explicación suficiente del funcionamiento de la conciencia. Todos ellos, en algún sentido, hunden sus raíces en idénticos presupuestos filosóficos: el dualismo cartesiano, sólo que evolucionado y reformado tal y como ha llegado hasta nosotros, es decir, magnificando la importancia del materialismo de la extensión.

No obstante, algunos de ellos se inclinarán más hacia el paralelismo psicológico emergentista, mientras que otros optan por posiciones más próximas al dualismo psicológico. La mayoría de unos y otros adoptan posturas reduccionistas, como más adelante tendremos ocasión de observar.

Desde el fondo de estas posiciones se alza un intento de fundamentación de la conciencia humana —por otra parte, demasiado simplista—, con la pretensión de explicarla a través de argumentos, discursos y datos, muchos de los cuales coinciden en el tópico de que «lo que pasa *no es nada más* que...»

Naturalmente, muchas de estas aproximaciones no son las más adecuadas para explicar la

* Mi agradecimiento al doctor Víctor Velarde por sus sugerencias en lo que se refiere a las notas de este capítulo.

naturaleza de la conciencia del hombre, por lo que encaminan hacia una falsa y potencialmente peligrosa pseudoexplicación del cerebro, de la conducta y de la misma conciencia.

Trabajar con *modelos*, como hacen muchos de los anteriores autores, tiene muchas ventajas, pero también algunos inconvenientes. Ningún modelo puede sustituir a la realidad sin, en cierto modo, falsearla o traicionarla. Por otra parte, no es posible diseñar un modelo que sea tan completo como la realidad a la que dice representar. Y esto en el estudio de la conducta consciente es, si cabe, más cierto todavía.

Además, los modelos se diseñan según abstracciones del investigador, y en función de los resultados que se desea obtener, y siempre es posible ajustar los resultados —cualquiera que éstos sean—, modificando algunos parámetros, sin necesidad de cambiar, básicamente, los elementos del diseño.

De aquí los peligros incesantes de caer en el reduccionismo y en la reificación. En el reduccionismo, por conferirse una primacía ontológica al concreto nivel de análisis usado en el modelo. De este modo, se toma la parte por el todo, o mejor, se concede a la parte la capacidad de explicar el todo, mientras se margina, se desconoce y se deja fuera de foco a las otras partes que constituyen ese todo. En la reificación, porque en los modelos se toman como objetos —materializables y cuantificables— funciones que en absoluto lo son o en las que todavía no ha sido probada su supuesta «objetividad», como sucede en el caso de la conciencia.

Con los modelos puede y debe trabajarse, pero sin olvidar que son sólo modelos —representaciones de lo real— y que descomponen artificialmente realidades concretas que son inseparables y funcionalmente indisociables unas de otras en la realidad. Cuando esto no se tiene en cuenta, el reduccionismo y la reificación en que se incurre no son la excepción, sino la regla. Sucede aquí lo que a ciertos conductores que, porque saben conducir el vehículo, imaginan saber cómo y por qué éste funciona.

Así, algunos creen que el cerebro produce la conciencia, como el riñón produce la orina; que los cambios metabólicos del GABA en el bulbo olfatorio, por ejemplo, «causan» el comportamiento agresivo; que la modificación de la dopamina cerebral «causa» la esquizofrenia; o que, tal vez, la violencia existente en las grandes ciudades puede «curarse» con la construcción de ghettos, donde se practique la amigdalectomía. En cualquiera de éstas u otras hipótesis, el comportamiento individual se explica por una particular configuración de los cambios moleculares en el cerebro. En otras palabras: el error consiste aquí en reducir el cantante a la canción, en explicar a aquél en función de ésta.

Los niveles de análisis de la conciencia humana son muy variados; las correlaciones que pueden establecerse entre ellos, también. Si no deseamos confundir al cantante con su canción, hemos de distinguir entre el cantante-causa y la canción-causada, entre el hombre consciente y la consciencia. Cuando el estudio de la consciencia se desentiende de la persona humana en la que aquélla aparece, no es extraño que luego se afirme la existencia de una conciencia que emerge en el vacío, donde, según algunos, estaba desde la noche de los tiempos.

Por otra parte, que ciertos datos bioquímicos se correspondan con ciertas conductas específicas, no significa que los primeros sean causas de las segundas. Lo que significa es que un mismo fenómeno ha sido simultáneamente estudiado en dos diferentes niveles de análisis —en este caso el bioquímico y el comportamental—, niveles cuya interdependencia causal no ha logrado conocerse todavía, ignorándose incluso si se da o no tal interdependencia.

Por eso, debiera abandonarse el concepto simplista de causa que subyace al estudio de las relaciones que pueden acontecer entre los diversos niveles de análisis estudiados, hasta que no se demuestre la existencia de esas supuestas relaciones de causalidad. Una alteración de ciertas conexiones sinápticas, por ejemplo, no «causa» la ansiedad, sino que ella misma forma parte —y parte indisociable— de las respuestas ansiosas.

Las Neurociencias tienen muchos y diferentes lenguajes: bioquímicos, neurofisiológicos, ambientales, comportamentales, etc. Y no parece que sea científico atribuir a uno de estos lenguajes en particular, una función de causalidad respecto de los datos registrados en otro tipo de análisis diferente (en otro lenguaje).

Cuando, por ejemplo, traducimos un artículo del inglés al castellano, no afirmamos que sea el inglés lo que «causa» el castellano. Supongamos que dicho artículo se encuentra publicado también en alemán y francés. ¿Cuál de ellos «causará» el artículo en castellano? En principio, todos son

potencialmente coincidentes respecto de la traducción, y ninguno de ellos es, por eso, la «causa» del artículo en castellano. Lo que en todo caso habrá es una correspondencia —mayor o menor, según la lealtad, el estilo y el oficio del traductor— entre los contenidos de las distintas versiones.

El *determinismo biológico* en el estudio de la conciencia atribuye la causa de ésta a ciertas funciones cerebrales, sin que haya probado la existencia de una conexión causal entre estas funciones y la conciencia, ni las razones en que se fundamentan tales atribuciones. La línea argumental del razonamiento podría sintetizarse, parodiando un viejo aforismo: *alter hoc, ego propter hoc*. La obtención de otros datos codificados en un determinado sistema lingüístico —el neurofisiológico, por ejemplo— se hace depender de los datos codificados en otro sistema, como el bioquímico o el ambiental. La *ilusión de causalidad* —a través de los datos generados en los diferentes tipos de análisis y sus respectivas codificaciones lingüísticas— suplanta así a la demostración de la efectiva y real causalidad.

La investigación neurobiológica y comportamental debe continuar buscando cuáles son las correspondencias entre los diferentes niveles de análisis, pero sin presuponer en esas correlaciones una función de causalidad, al menos, hasta que ésta no se haya probado.

Los datos que esas investigaciones generen, debieran considerarse como lo que son y no como la interpretación a cuyo través algunos hacen que aparezcan otras cosas como aspectos naturales y culturales, *probablemente en interacción*, de una sola entidad; aspectos comportamentales, bioquímicos y neurofisiológicos, *probablemente en interacción*, de una sola entidad; y como aspectos orgánicos y evolutivos, *probablemente en interacción*, de un único ser que tiene unas determinaciones genéticas e históricas, pero que como ser irrestricto que es también está abierto al futuro.

Las investigaciones encaminadas a señalar cuáles son las estructuras cerebrales responsables de la actividad consciente han vuelto a protagonizar la actualidad. Pero, hoy como ayer, sus resultados son dudosos e insuficientes.

La conciencia no es un resultado de la actividad cerebral, sino el principio que regula, moldea y modula la dinámica cerebral, de acuerdo con los propios deseos e intereses de la persona. Se ha pasado de la conciencia-resultado (otra errónea hipótesis, sostenida por el determinismo biológico) a la conciencia-principio (hipótesis que actualiza el viejo mentalismo topológico y localizacionista, sin que haya logrado probarlo). Pero en el fondo del mentalismo, se concibe la conciencia según un modelo mecanicista: la mente-emisora de radio.

La dispersa actividad de los módulos corticales —cada módulo es una asamblea de muchas neuronas— estaría conectada con la vida mental y, gracias a las postuladas conexiones multilocales entre conciencia y cerebro, la conciencia acabaría por integrar toda esa actividad neurofisiológica dispersa en la unidad de su experiencia.

La unidad de la experiencia consciente es un hecho evidente. Como también es cierto —psicológicamente se ha probado— que nuestra conciencia organiza, en cierto modo, nuestra experiencia. Pero continúa siendo un gran misterio cómo se produce esa organización. Y eso a pesar de que hoy se estudia más el *cómo* de las cosas que el *porqué* de ellas.

Por todo esto, se puede afirmar que la conciencia no es el resultado de la actividad cerebral —considerada ésta como un todo—, ni tampoco el principio unificador y controlador de la extensa y dispersa actividad cortical, sino un proceso transbiológico, funcional y coherente de naturaleza transcerebral, que se sirve de toda la actividad nerviosa superior, sin coincidir con ella.

El ejemplo de algunos excelentes investigadores básicos es hoy, desgraciadamente, muy frecuente. Al final de una dilatada y esforzada trayectoria científica, rica en relevantes aportaciones, algunos científicos suelen cambiar sus resultados experimentales por torpes especulaciones filosóficas para las que en absoluto estaban dotados.

Acontecen, entonces, errores como el de la *generalización* y *universalización* de sus concretas conclusiones científicas que ahora se prolongan en groseras interpretaciones sin fundamento; teorizaciones en las que se salta súbitamente de la actividad cortical a la conciencia, examinando las supuestas implicaciones existentes entre ellas, cuando son implicaciones que en ningún caso —ni filosófica, ni científicamente— se han probado.

El pensamiento y la conciencia

El pensamiento no es la conciencia y aunque ambos deban distinguirse, no obstante, resultan

indisociables en la persona que actúa y vive, que conoce y juzga.

Lo que resulta patente es nuestro desconocimiento acerca de qué sea el pensamiento. Con frecuencia se confunde —acaso porque no pueda distinguirse bien— el sujeto (que piensa) con el pensar del sujeto (proceso transmaterial); el pensamiento que el sujeto piensa al pensar y aquello a que se refiere el pensamiento. Mientras que no distingamos netamente estas diferentes realidades, será muy difícil poder formular una definición operativa de lo que es el pensamiento. Y sin definir éste, resulta imposible en la práctica establecer cuáles son las relaciones entre el pensamiento y el cerebro.

Por último, algunos, animados por las teorías de la información y el análisis del procesamiento de la información, reducen el pensamiento a mero transformismo asociativo de los datos disponibles. En esta perspectiva el pensamiento humano y la lógica del pensar acaban siendo coincidentes, a pesar de los esfuerzos realizados en su día por Brentano y Husserl por depurar el pensamiento del psicologismo y del logicismo, ya que según estos autores las ultimidades de lo que sea el pensamiento quedan ocultadas y enmascaradas por la psicología y la lógica que, paradójicamente, no contribuyen de este modo a su desvelamiento.

El pensamiento no puede atomizarse en un conjunto de datos informativos, por muy intensa que sea la actividad transformante a que éstos se someten. (¿Qué eficacia tienen los datos, por muy numerosos que éstos sean, sin pensamiento?)

El pensamiento tampoco puede desvincularse del esfuerzo, a pesar de que eso que llamamos esfuerzo, no se olvide, no parece que pueda vincularse hoy al hemisferio izquierdo. (¿Es eficaz la tarea profunda de pensar que se realiza desde la apatía y de espaldas a cualquier esfuerzo personal? ¿Nos cansamos cuando pensamos?)

El pensamiento no puede marginarse o desatenderse respecto del progreso científico. Por mucho que se desarrolle la tecnología, la disposición instantánea de datos apoyada en los ordenadores, como todo trabajo científico, ha de estar entreverado por el hilo conductor del pensamiento. (¿Puede hacerse progresar a la ciencia sin el pensamiento?)

El pensamiento, por último, no puede reducirse a una mera ilusión de conocimiento, a la falsa ilusión suministrada por una copiosa masa de datos cuantificables, sin que éstos se animen por alguna idea. Los datos, por muy cuantiosos que sean, pertenecen «a realidades más complejas, que hay que entender en su configuración, evolución, transformación temporal, innovación, imprevisibilidad, etc. La cuantificación está completamente cuantificada cuando se trata de objetos adecuados, en todo caso es un precioso auxiliar para dar precisión a la mayor parte de los conocimientos; pero si se la lleva a donde no tenga lugar, ejerce violencia sobre las cosas —o las omite o las deja fuera—, y así logra una ilusión de conocimiento que enmascara una profunda ignorancia de lo que realmente importa»[1]. Sin ideas los datos se resuelven fútiles. Por mucho que nos empeñemos, el procesamiento de la información no nos explica lo que es una idea. (¿Para qué sirven los datos sin ideas?, ¿puede tomarse como pensamiento la ilusión de conocimiento?)

No, por el momento no disponemos de una explicación, ni siquiera aproximativa de en qué consista el hecho de pensar. Mucho más lejos estamos aún de poder entender las relaciones existentes entre el cerebro y el pensamiento.

Una muestra del estado de nuestra ignorancia sobre estas cuestiones es el rico espectro de pensamientos —muchos de ellos erróneos— que se han concebido en torno a la explicación de lo que sea el pensamiento. En el monismo psicofísico se alinean el fenomenismo, el idealismo, el materialismo fisicalista, el interaccionismo, el animismo, el paralelismo psicofísico, etc.

Cuando tantos pensamientos —¡y tan distintos!— se han vertido acerca del problema mente-cerebro, sin que por el momento ninguno de ellos haya procurado la satisfactoria explicación que pretendían, es lógico concluir que en esta cuestión es más importante lo que ignoramos que lo que conocemos.

Por el pensamiento, el hombre se autoconoce y autoposee, haciéndose patente de un modo manifiesto su subjetividad.

Por el pensamiento el hombre es capaz de objetivizar, hasta cierto punto, todo cuanto le rodea, al mismo tiempo que se subjetiva a sí mismo, al conocerse como un «alguien» distinto de todos los seres que le rodean. Gracias a este conocimiento el hombre desvela a sí mismo su propia subjetividad, puesto que conociendo que conoce se manifiesta a sí mismo el ser en que consiste; un ser que se le aparece como un sujeto personal desemejante y superior a todos los seres (no humanos) que le rodean y semejante, aunque diferente, a todos los seres humanos de su misma especie. Por el pensamiento el hombre toma conciencia de su diferencia de los demás seres y de su irrepetibilidad, lo que le manifiesta como un ser que es consciente de su identidad personal. Este tener conciencia de quién es, precisamente, es lo que le manifiesta como persona.

En el mundo actual el hombre encuentra numerosos indicadores de la existencia de la conciencia personal. Los hombres intuyen la presencia de un destino común que a todos ellos les aúna y que es preciso construir entre todos; de un bien y de una felicidad a los que todos aspiramos y que sin la renuncia al propio egoísmo muy pocos podrán lograr; de una nueva sensibilidad por la que sentimos como propias las injusticias y violaciones de los derechos humanos, cualquiera que sea el lugar donde se originen.

Todo esto manifiesta que el hombre actual —gracias al vertiginoso desarrollo de las comunicaciones— tiene una conciencia cada vez más certera de la creciente interdependencia entre las personas, lo que, sin duda alguna, constituye un nuevo valor moral emergente.

La nueva sensibilidad respecto a esa interdependencia, a la que me acabo de referir, junto a la intuición que nos lleva a esperar en la felicidad y el bien que todos deseamos alcanzar, constituyen hitos preclaros de una realidad, para cuya exacta denominación no disponemos de un término más conveniente que el de conciencia moral.

La recta y atinada conciencia de lo que es la realidad de la interdependencia humana, una vez que a ella se ha llegado, conduce y remite de inmediato a la realidad de la conciencia.

La actividad consciente, como tal actividad, es transbiológica, está más allá de la mera biología. Y esto es lo que obviamente no puede explicarse desde los datos experimentales. He aquí lo que nos manifiesta la existencia de la conciencia en el hombre. Pues bien, la conciencia moral es como la conciencia de la conciencia que la persona tiene, lo más íntimo a su intimidad, lo que no sólo se percata de cuantas acciones realizamos sino, más principalmente, la que juzga acerca de ellas, valorando si son conformes o no con el bien y con el mal. Por la dimensión ética de la que está transida la conciencia moral es conciencia del propio acto, pero juzgando sobre el bien.

Aquí emplearemos el término de conciencia en el sentido de aquella función específicamente humana, gracias a la cual, el hombre deviene en el ser que configura su mundo circundante, se reconoce como quien es, y funda en su unitaria experiencia la convicción de su identidad personal.

Obviamente, estas insustituibles funciones hunden sus raíces en un substrato biológico, gracias al cual son posibles. Pero la conciencia, ni coincide, ni controla, ni se limita a ese sustrato biológico que la hace posible. La conciencia, en un cierto sentido, no depende de él. La conciencia que de la conciencia tenemos es también una actividad consciente, y como tal actividad es transbiológica, está más allá de la mera biología. Y esto es lo que no puede explicarse desde los datos experimentales de que hoy disponemos.

De forma más restringida —aunque en el contexto de las líneas que se acaban de apuntar—, nos referiremos a continuación a la conciencia ética y a la conciencia moral, que son de las que principal aunque no exclusivamente ha de ocuparse la Bioética.

Ciencia y conciencia

En el artículo 16 del Código de Deontología Médica (CDM, en lo sucesivo) puede leerse lo que sigue: «El médico utilizará libremente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que le dicten su ciencia y su conciencia». Esta afirmación va mucho más lejos de lo que en un principio pudiera pensarse.

El artículo sostiene implícitamente, que la ciencia y la conciencia no son contradictorias. Es lógico que sea así, a pesar de que hoy algunos tal vez sostengan lo contrario. Sin embargo, si apelamos a su etimología, enseguida nos daremos cuenta de que una procede de la otra.

Actuar en conciencia (*cum-scientia*) no es sino actuar con ciencia, con la primera y más elemental de las ciencias, aquella que hace que el hombre se percate de quién es y de lo que está realizando en cada momento.

En principio, el hombre no debería hacer ciencia sin conciencia. Y eso porque le faltaría la primera de las condiciones que son necesarias para

[1] MARÍAS, J., *Cara y cruz de la electrónica*, Madrid, Colección Austral, Espasa-Calpe, 1985.

hacerla: la de saber qué se está haciendo. Sin esa primera ciencia que es el saber acerca de sí, resultan inviables las otras «ciencias segundas», entendidas estas últimas como el conocimiento de algo a través de sus causas.

La satisfacción del anterior requisito no basta, porque el primer saber no garantiza por sí mismo el criterio de bondad con que se debe acometer una acción determinada. Es posible que el hombre sea consciente de lo que está haciendo —que tenga conciencia moral de que aquello puede ser bueno o malo— y que, no obstante, quiera seguir haciéndolo con la máxima perfección científica.

Pero también puede suceder que el médico sepa que lo que está haciendo es desaconsejable desde el punto de vista científico —por no disponer, por ejemplo, de la formación necesaria en aquella especialidad— y que, sin embargo, decida hacerlo, aun cuando su conciencia ética tenga dudas acerca de la bondad o maldad de tal acto.

Los dos ejemplos anteriores constituyen casos particulares muy diferentes. En el médico del primer caso, hay competencia científica pero mala conciencia ética; en el segundo, en cambio, hay mala conciencia ética y mala competencia científica.

Las soluciones a ambas situaciones requieren también el empleo de procedimientos diferentes. En el primer caso, bastaría con lograr una mejor formación de la conciencia ética del médico; en el segundo, en cambio, es necesario, además de lo anterior, proveerle de la conveniente formación científica y profesional para que llegue a ser competente en la realización de acciones como ésa.

El artículo 16 cita el término «libremente», para significar algo que resulta imprescindible: la libertad del médico para comportarse del modo en que lo hace, puesto que nos encontraríamos en un caso muy diferente si hubiese otros factores que aminorasen u obstaculizaran la libertad del médico para comportarse de la forma en que lo hace.

Consideremos ahora el tema de la ciencia y la conciencia desde unas perspectiva más filosófica y moral.

La conciencia ética es, sobre todo, un juicio, un acto de la inteligencia por el cual se juzga particularmente un hecho, conducta o suceso, aprobándolo o desaprobándolo. Lo propio de la conciencia es juzgar. La conciencia es, ante todo, una actividad judicativa que procede del intelecto práctico y que dictamina la bondad o malicia de un acto concreto. La conciencia se percata del propio acto, pero juzgando sobre el bien.

La conciencia no es la ley moral, sino que, estando subordinada a ella, mide, juzga o sentencia si un determinado acto o comportamiento se ajusta o no a esa ley. La conciencia no crea normas, simplemente aplica las normas a las conductas, a los hechos. Por eso la conciencia ética no es autónoma, entendida en el sentido de que pueda modificar, inventar, crear o transformar normas.

Tan válido es afirmar que no hay ciencia sin conciencia como sostener la afirmación inversa de que sin ciencia no hay conciencia. Ambas afirmaciones son verdaderas y ponen sobre el tapete la interacción entre la ciencia y la conciencia. Las dos afirmaciones están conectadas o articuladas sin que en el hombre puedan desentenderse y separar o distanciar una de la otra.

Comencemos por la primera proposición: *sin ciencia no hay conciencia*. En efecto, así es. Si la conciencia es el juicio que hace el intelecto práctico para tratar de verificar si una determinada conducta se ajusta o no a una ley, habrá que decir que sin la ciencia (conocimiento) de la ley, la conciencia no tendrá sentido, se equivocará, juzgará erróneamente, por no aplicar como debiera la ley moral a la acción humana que juzga. Efectivamente, sin ciencia (ley moral, conocimiento de la ley moral) no puede haber conciencia (sentencia judicativa en tanto que aplicación de aquel precepto o ley a una determinada conducta para ver si se ajusta a ella o no).

Veamos ahora la otra proposición: *no hay ciencia sin conciencia*. En efecto, el término conciencia (del latín *cum-scientia*, con ciencia) manifiesta ya en la raíz de su etimología el significado de un cierto conocimiento. La conciencia, en sí misma considerada, es una cierta ciencia o conocimiento, en tanto que incorporada al hombre, implica un cierto ordenamiento de la razón.

Ese primer conocimiento implícito de la conciencia no es nada más que la experiencia que el hombre tiene cuando se percata o se da cuenta de algo. Algunas expresiones frecuentemente empleadas en el uso coloquial del lenguaje vienen en apoyo del significado que aquí se da a la conciencia como una cierta ciencia. Así, por ejemplo, cuando se dice que «hay que concienciarse», que «hay que tomar conciencia de algo». En este caso, lo que se está afirmando, en el fondo, es que hay que percatarse, que hay que hacerse cargo de algo, que hay que conocer mejor aquello que hasta entonces no era bien conocido. Y ésta es, *in nuce*, la primera función de la conciencia: el darse cuenta de algo, un cierto conocimiento.

Efectivamente, sin esa primera realidad, que es la conciencia, no puede haber ningún otro hecho de la ciencia, en el sentido riguroso y positivista que a este término algunos hoy le dan. ¿Para qué serviría una ciencia positiva sin conciencia? ¿Para qué serviría una ciencia positiva que no estuviera reglada de acuerdo a la norma final de la conciencia ética? ¿Para qué serviría una ciencia positiva si empujara al hombre hacia la total frustración, por incumplimiento con su propio fin natural?

Quiere esto decir que si la ciencia positiva se hace contra la conciencia del hombre, esa ciencia acabará por no servir, por negar al hombre. Pero si en lugar de contribuir a afirmarlo en lo que es, lo niega, está colaborando a su propia destrucción. Ahora bien, en un caso así, ¿hasta qué punto una ciencia como la que se acaba de describir es tal ciencia?

La ciencia positiva, cuando se aplica contra el hombre, aunque no se anule como tal ciencia, deviene en algo extraño. De otra parte, es necesario distinguir en este caso entre la ciencia y el científico. Cuando éste sirve al mal con lo que hace, lo hecho por él, en algún modo, deja de ser ciencia positiva. Y deja de ser ciencia positiva porque si, como escribió Aristóteles, «la ciencia es el conocimiento de las cosas a través de sus últimas causas», ¿cómo podemos mantener la vigencia y el rigor de una ciencia que, conociendo las últimas causas, produce tan flaco servicio al hombre? ¿Como confiar en ella, cuando su ejercicio supone un grave impedimento, una amenaza insuperable para que el hombre pueda llegar a cumplir sus propios fines? No, en efecto, no hay ciencia sin conciencia. Como tampoco sin ciencia hay posibilidad de conciencia.

Las conclusiones que se derivan de las dos afirmaciones anteriores, sólo en apariencia un tanto contradictorias, son las siguientes:

a) Que toda la ciencia positiva que se aplica al hombre debe estar garantizada por la conciencia ética.

b) Que el científico, aunque es libre, jamás debiera emplear su libertad para actuar en la búsqueda de una cierta verdad positiva, cuando esa misma búsqueda atenta contra su conciencia ética, es decir, contra el destino y el fin último del hombre.

c) Que también los moralistas, los expertos en ética, están obligados a estas mismas conclusiones y, por tanto, no pueden juzgar las acciones humanas sin tener el suficiente conocimiento de lo que juzgan, es decir, sin tener la suficiente ciencia. Sería paradójico que un experto en ética dijera tener la suficiente conciencia bien formada y que, sin embargo, no tuviera la ciencia que es necesaria para juzgar (cuando ahí reside la función de la conciencia: en juzgar si las conductas humanas se adecuan o no a las normas éticas).

Por consiguiente, concluimos como verdaderas ambas afirmaciones: sin ciencia no hay conciencia y no es viable la ciencia sin conciencia. Estas conclusiones podrían formularse sintéticamente en un único principio: es preciso, hoy más que nunca, *que el científico haga la ciencia a conciencia*. Es decir, que el conocimiento positivo de las realidades que afectan al hombre se haga desde el ordenamiento de la recta razón por la normativa natural que hay inscrita en cada hombre.

De esta forma, ese juicio último, que es la conciencia, servirá para hacer progresar más a la ciencia, al tiempo que el hombre progresa más y se realiza mejor. Procediendo de esta forma, es muy probable que el hombre se autogobierne mucho mejor en lo que respecta a su comportamiento, de manera que se facilite la consecución del propio fin al que su naturaleza propende.

En cualquier caso, la propia conciencia será siempre la regla inmediata de moralidad, por cuanto que en ella asienta la capacidad que hay en el hombre de tener a la vez la ley y su propia conducta, es decir, la capacidad de examinar el propio comportamiento a la luz de la ley que hay en él inscrita, como ordenamiento de su recta razón. También por eso, los juicios de la conciencia moral son, en definitiva, la primera regla de moralidad.

La ciencia, la dignidad y el sentido de la vida humana

Si la ciencia fuera más digna que el hombre, si sus fines se pusieran por delante y con ignorancia del fin de la vida humana, la ciencia perecería. La ciencia debe estar siempre al servicio de la vida del hombre. A pesar del progreso científico, todavía hoy la ciencia no ha resuelto ni

siquiera el problema de la definición de lo que es la vida. Este hecho resulta conclusivo e iluminador cuando, más aparente y forzadamente que real, se ponen en abierta contradicción hasta el extremo de lo que es incompatible, la ciencia y la vida humana.

Si observamos las diversas definiciones que del concepto de vida se han dado, observaremos en muchas de ellas que por debajo de su insuficiencia subyace también un modelo implícito de lo que los científicos piensan que es el hombre.

Esta cuestión es de vital importancia, puesto que de las ideas implícitas que se tienen sobre el hombre —que con harta frecuencia también son prejuicios, estereotipias, tópicos, mitos, etc.— depende el concepto de vida humana que se proclama, como inevitablemente de éste dependerá también el concepto de dignidad que más tarde se formule. Por eso, frente a la multiplicación innecesaria de modelos acerca del hombre —nunca del todo verificados— resulta muy conveniente el atenimiento al estudio de lo que el hombre realmente es. Es decir, resulta mucho más fructífero el estudio de la realidad que la construcción para su estudio de modelos de la realidad.

En cierto modo los tres conceptos anteriores —vida, persona humana y dignidad— interactúan recíprocamente entre sí, dando como resultado final algo que no es fácil de evaluar desde el estricto ámbito de la Medicina. Pondré algunos ejemplos.

De la vida humana se han ofrecido algunas definiciones, aunque todas ellas insuficientes por insatisfactorias. Así, por ejemplo, la vida se ha definido por los procesos físico-químicos (crecimiento, reproducción, metabolismo, etc.) que la hacen posible; o por el conjunto de funciones que la expresan y manifiestan (Bichart); o por aquello que inquieta a quienes la definen así, configurando la mentalidad cultural y típica de aquella coyuntura histórica (fisicalismo, mecanicismo, etc.). Puede admitirse que, en general, las definiciones que se han ofrecido de la vida son en su mayoría excesivamente biologizantes.

Cualquiera que sea la opción por la que nos decidamos, el efecto será el mismo: la emergencia de contradicciones que amenazan con hacer irreconciliables las definiciones así formuladas. Pero como los modelos de que se ha partido al formular tales definiciones continúan estando sumergidos e implícitos en la mente de quienes los propugnaron, y muy rara vez se discutirá explícitamente sobre ellos, hasta cierto punto es lógico que el desacuerdo entre los científicos sea cada vez mayor.

A ello se añade lo que tienen de irreconciliable algunos de estos puntos de vista. En efecto, la dimensión físico-química de la vida no es conciliable con la estructural; del mismo modo que esta última jamás llegará a identificarse con la funcional. Cada una de ellas, sin embargo, encierra una parte importante de verdad. Por eso todas ellas son en algún modo y parcialmente verdaderas, porque parten de perspectivas epistemológicas en absoluto coincidentes con las adoptadas por las otras disciplinas. Aunque el autor de estas líneas no opte aquí por el eclecticismo, no obstante, sí que se atreve a afirmar que todas ellas tienen algo de verdad, pero que ninguna de ellas agota la verdad acerca del hombre.

De otro lado, muchas de las anteriores perspectivas pueden agruparse, de una u otra forma, en torno a lo biológico. Pero sobre la vida humana cabe también adoptar otras perspectivas, como la filosófica, la teológica, la sobrenatural, etc., que teniendo también mucho de verdad —responden también a la pregunta de ¿qué es la vida?, obviamente desde un nivel epistemológico diferente—, tienen la ventaja de que se acercan más a la verdad total de la vida humana que los intentos de definición limitados por el horizonte estrictamente biológico.

El gran sesgo del error cientista consiste en haber tomado la parte por el todo. En lugar de considerar que el punto de vista adoptado por su disciplina era sólo una atalaya muy particular, lo han considerado como el único importante, con exclusión e ignorancia de todos los otros que no coincidieran con él. En esta perspectiva la vida biológica no queda elevada a la dignidad especial que corresponde al hombre, sino que es reducida y degradada a sólo los elementos bioquímicos que naturalmente entran en su composición, pero que, no cabe duda, no pueden identificarse con el hombre vivo.

Este reduccionismo biológico despreciará, sin embargo todo lo que no pueda percibirse físicamente, o cuantificarse y medirse; es decir, excluirá como científica cualquier otra afirmación a la que no se haya llegado empleando su misma metodología, a pesar de que sólo a partir de la metodología empleada no se pueda explicar, por ejemplo, el origen del método científico que precisamente han empleado.

Muchos de estos científicos reduccionistas y biologizantes, no sabiendo cómo explicar lo que hay de inmaterial en el hombre, prefieren negarlo. Esto es lo que les ocurre respecto de la voluntad y de la conciencia humanas —fundamentos de la dignidad del hombre—, que, sencillamente, niegan que sea realidad, aunque si no fueran reales, el propio científico no podría haberlas negado.

Así las cosas, nada de particular tiene que se acabe por negar la dignidad del hombre. En efecto, si la vida humana es apenas «un edificio prodigiosamente complicado de electrones (...), ¿le estará permitido al hombre, efímero e inmerso en el desmesurado cosmos, considerarse al menos depositario de un valor privilegiado, que desafiaría las reglas del tiempo y del espacio?».

A esa pregunta hay que contestar que sí, que al hombre le está permitido eso y mucho más y que todo eso que le ha sido permitido no es razón de un privilegio, sino mera consecuencia de su ser natural. El hombre es un fin en sí mismo, un ser pensante, autoconsciente y libre, capaz de amar. Y todas esas capacidades, aun estando enraizadas en la naturaleza biológica del hombre, son sin duda alguna transbiológicas e inmateriales.

Lo que no resulta ético es que un científico degrade la realidad por él estudiada, hasta hacerla acomodaticia a tenor del reduccionismo exigido e impuesto por su propia ciencia para autoconstituirla, una vez así configurada, en el concreto y específico objeto de estudio de la ciencia por él cultivada. La ética del comportamiento científico exige del investigador otro comportamiento muy diferente: sencillamente, si algo no puede explicarse o comprenderse desde la ciencia que uno cultiva —por ser una realidad suficientemente compleja o por escapar del ámbito de estudio de esa disciplina— lo que el científico debe concluir es que desde su ciencia no alcanza a explicar o comprender aquello, sin por ello reducir o tergiversar la realidad ni ampliar o magnificar el ámbito de competencias que es propio de su disciplina.

Tal vez por frustrar la anterior exigencia ética es por lo que muchos científicos no se plantean una cuestión inquietante que también afecta a lo que personalmente investigan: ¿Qué sentido tiene cada existencia personal y humana? Y aquí encallan las plumas de los diferentes científicos cultivadores de las ciencias positivas y acaban por no saber qué contestar. Pero son muchos también los que se oponen frontalmente a que otros —aquellos a los que es más propio contestar, por cultivar una ciencia como la Filosofía o la Teología— lo hagan.

El sesgo cientista les llevará entonces a afirmar que ellos demuestran empíricamente todas las afirmaciones que hacen, pudiendo ser replicadas por otro investigador cualquiera de aquella comunidad científica, cosa que no puede hacer el teólogo o el filósofo, a los que descalifican torpemente acusándolos de no ser científicos (positivistas).

Ahora bien, si al sesgado investigador anterior le solicitamos una demostración empírica, una verificación experimental y contrastada de lo que acaba de afirmar, siempre nos dirá que no, que aquello todavía no está demostrado, pero que la ciencia (por él cultivada) lo demostrará... En consecuencia, de los resultados científicos nada resulta; nada se concluye en las conclusiones; y así, de las afirmaciones aparentemente fundadas en sus respectivas demostraciones nada se sigue —ni se niega ni se afirma— para el hombre, porque nada demuestra que sea verdad lo que se ha afirmado.

Sin embargo, la búsqueda de sentido para la existencia personal es algo que a la mayoría de las personas inquieta y que sólo se aquieta en la experiencia religiosa (a pesar de que digan que ésta no es científica). Y es que lo sostenido por muchos científicos respecto de esta cuestión puntual —y trascendente para el hombre—, nada tiene que ver con la ciencia a la que ellos se dedican. A lo más sus afirmaciones sólo sirven para acomodarse mejor a las ideas implícitas que sobre el hombre tienen y de las cuales partieron, pero no a la realidad que dicen haber explicado y cuya explicación casi siempre dejan para más tarde.

La ciencia al servicio de la vida humana

Entre la ciencia y la vida surgen muchas paradojas y contradicciones, tal y como se entienden las relaciones entre ambas en el horizonte contemporáneo. Es cierto que ambas entidades se manifiestan como completamente independientes, dotada cada una de ellas de una total autonomía. Según esto, la ciencia sería autónoma e independiente de la vida humana; y naturalmente

autónoma, en lo que respecta a otras ciencias y disciplinas.

Pero la ciencia no es autónoma respecto del vivir del hombre. La ciencia, por ejemplo, no tiene por sí misma ninguna garantía de que lo que hace contribuye al progreso espiritual del hombre. A lo más que alcanza es a predecir un cierto progreso material, aunque también aquí hay muchas excepciones (bastaría con citar, por ejemplo, la talidomida, Chernobil, etc.) que nos permiten concluir que tal predicción es sólo eso: algo que puede o no cumplirse en el futuro, algo que puede llegar a ser el progreso buscado o la destrucción no deseada.

Por otra parte, ni la ciencia ni la técnica pueden alzarse con la pretensión de constituir por ellas mismas un sentido para la vida humana. Desde esta perspectiva, a la ciencia no le queda más opción que la de subordinarse siempre a la vida. Más aún cuando el progreso científico no siempre se superpone o coincide con el bien del hombre, sino que, en ocasiones, hace posible la paradoja de que el progreso científico genere un regreso humano.

De otro lado, todo avance científico y tecnológico tuvo su origen en el hombre como, todavía hoy, forma su más importante desarrollo a expensas de la persona humana. De aquí la dependencia de la ciencia y la técnica respecto de la persona humana.

Ahora bien, si todo hombre se guía por unos valores morales a los que es capaz de subordinar la vida, y el desarrollo tecnológico —lo acabamos de ver— se subordina a la vida humana, forzosamente habrá que concluir que tal desarrollo ha de subordinarse también a aquellos valores morales. Y esto porque sin tales valores morales el hombre no habría alumbrado ese avance científico en que ahora se goza, puesto que son aquéllos y no éste los que para él son metas finalizadas, gracias a las cuales él personalmente se orienta y llega a tomar conciencia de cuáles son sus propios límites.

Por eso mismo está fuera de toda razón la inferencia errónea que muchas personas realizan hoy al intuir que todo lo que es técnicamente posible, obviamente, ha de resultar moral y éticamente aceptable. No. Tal aserto es antiético, porque no es que la Ética se subordine a lo que es técnicamente posible, sino más bien —en función de las razones antes aducidas— lo técnicamente posible ha de subordinarse a lo que es éticamente aceptable. Si no se procediese de este modo, la misma vida de la ciencia estaría en peligro, pues si ésta no sirve a la vida humana —sino que, contrariamente, llega a amenazarla con sus resultados—, la ciencia estaría colaborando a su autoextinción.

En realidad, el progreso científico —si de verdad es científico— ha de estar al servicio del progreso humano, sin cuya satisfacción aquél no tiene sentido. Precisamente por eso ninguna ciencia es autónoma respecto del hombre. Esto quiere decir que ninguna investigación científica, por avanzada o brillante que sea, puede alzarse como un fin en sí misma a la que el hombre deba someterse. Del mismo modo, tampoco debe someterse principio ético alguno a la primacía de las técnicas de investigación. Ni tan siquiera debe realizarse o llevarse a cabo aquélla, independientemente de lo juzgado por la Ética.

Hay para proceder así una razón más, además de todas las anteriores. Si como hemos convenido, el hombre es un fin en sí mismo —en absoluto puede ser nunca un medio al servicio de algo—, es lógico exigir a la ciencia que jamás se convierta en un fin para sí misma, ya que esto conllevaría necesariamente que el hombre se transformase en medio respecto de ella. Pablo VI lo afirmó rotundamente hace ya 25 años: «La ciencia no es autosuficiente y no es el fin de sí misma; la ciencia existe por razón del hombre y para el hombre (...) el científico leal no puede dejar de preguntarse por los resultados de sus descubrimientos sobre aquel complejo psicofisiológico que representa la persona humana. ¿Está todo permitido? ¿La ciencia aplicada puede hacer abstracción de una norma de moralidad, puede caminar sin frenos, más allá del bien y del mal? ¿Quién no ve a qué aberraciones podrían algunos dedicarse en nombre de la ciencia?»[2].

Difícilmente podríamos expresar con otras palabras mejores el concepto de vida y de sacralidad de la vida que las pronunciadas por Louis Pasteur en 1882, hace poco más de cien años, cuando afirmaba: «En cada uno de nosotros hay dos hombres: el sabio, el que ha hecho tabla rasa, quien, a través de la observación, la experimentación y el razonamiento quiere elevarse al conocimiento de la naturaleza, y el hombre sensible, el hombre de tradición, de fe o de duda, el hombre de sentimiento, el hombre que llora a sus hijos desaparecidos, que no puede, ¡ay!, probar que les volverá a ver, pero que cree y espera en ello, que no quiere morir como muere un vibrión, que se dice que la fuerza que existe en él se transformará. Los dos campos son distintos, y pobre del que pretenda sobreponer uno al otro en un estado tan imperfecto como es el de los conocimientos humanos.»

La ciencia es indiscutiblemente uno de los más altos valores que se derivan del quehacer humano. Pero la ciencia es inconcebible e inviable sin la vida humana, otro valor que, por hacer posible y ser originario de la misma ciencia —además de por otras razones—, sobrepasa con creces aquélla. Entre los bienes que se concitan en la vida, los valores morales constituyen, sin duda alguna, los escalones más elevados en esta jerarquía, por cuanto desde allí iluminan y hacen reverberar su luz, contagiando todos los restantes.

Asistimos hoy, en el ámbito de las ciencias Biomédicas, a una importante paradoja: en la medida en que el hombre se siente menos indefenso en su ser biológico, en esa misma medida se experimenta más amenazado en su ser moral. Ciencia y moral no parecen ir al unísono. En su despegue insospechado, de cuando en cuando, la ciencia —el hombre, por cuyo esfuerzo ésta es posible— actúa como si se volviese contra la moral. Pero si la ciencia pierde a la moral, ella misma está perdida. Si por las aportaciones científicas se arruinase el ser moral del hombre, inevitablemente se haría almoneda de esas supuestas conquistas científicas.

O la ciencia se emplea al servicio de la vida humana —de la vida moral, que es también y sobre todo vida humana— o contra ella. En el primer caso, el acrecerse de la vida del hombre a causa de la ciencia acabará también por magnificar las variadas realizaciones científicas; en el segundo caso, la extinción de la vida humana a causa de la ciencia significa, puntual e inevitablemente, la aniquilación y la imposibilidad de todo desarrollo científico futuro. Y es que la vida del hombre no se deja utilizar sin pasar factura, ni siquiera por la mejor o peor simulada impostura científica.

La ciencia tiene hoy connotaciones ambivalentes. Las verdades científicas cabalgan sobre una peligrosa encrucijada, al situarse entre la liberación y el escepticismo. Es cierto, como ha dicho Juan Pablo II (1983) que «el mundo moderno ansía la liberación de la ciencia, que es una consecuencia de la liberación de la inteligencia». Pero hay «liberaciones» que aherrojan al hombre. El espejismo de quienes se acercan al experimentalismo como saber absoluto es un buen ejemplo de esta falsación, supuestamente liberadora. Frente a él debe alzarse lo sustantivamente liberador: un compromiso este que específicamente libera a la inteligencia al convertirse y hacerse una con la verdad emergida.

Pero no todo es liberación, so pretexto de la ciencia. «El hombre se ve amenazado por aquello que él mismo produce (...). En vista de la amenaza nuclear (...) —dice Juan Pablo II (1983)— va aumentando en muchos el escepticismo frente a la ciencia y la técnica y en alguno llega incluso al rechazo (...), pues lo que amenaza al hombre no son la ciencia y la técnica en cuanto tales, sino su independencia frente a los criterios morales». El escepticismo surge cuando de alguna otra forma se entroniza el irracionalismo: el revestimiento del experimentalismo y sus consecuencias con el ropaje inapropiado de lo absoluto. En ese caso la ciencia ni libera ni autorrealiza, sino que desrealiza lo que toca y despersonaliza a quienes la hacen.

Ante la presencia de estos fantasmas agoreros, de éstos y otros jinetes apocalípticos surgidos del abuso de los científicos, hay que proclamar, una y otra vez, renovadamente, la esperanza en el hombre. «Toda ciencia tiene su realización plena en cuanto ciencia del hombre y para el hombre», continúa afirmando Juan Pablo II (1983). La ciencia encarna su sentido más pleno en la medida en que sirve y dignifica la existencia humana. El científico debe amar al hombre por él mismo, en lugar de adorar el resultado de sus investigaciones, con menosprecio de las vidas humanas que las hicieron posible.

Amar al hombre por el hombre mismo en modo alguno significa el replegamiento en el individualismo solipsista. Cuando el científico se entrega a su trabajo por amor al hombre —por servicio a todos los hombres—, precisamente entonces, está alejando de sí la tentación individualista.

Trabajar por el hombre es lo contrario de trabajar para sí. Amar al hombre, sirviéndole por medio del trabajo, es lo contrario del hermetismo egotista, uno de cuyos principales postulados

[2] PABLO VI, *Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias*, 23 de abril de 1966.

podría enunciarse como sigue: «Yo-trabajo-para-mí-conmigo-sirviéndome-de-los-otros-y-para-nadie». Tampoco «amar al hombre por sí mismo» significa egocentrismo. Porque en el hombre —en cualquier hombre, cualquiera que sea su condición y circunstancia— se trasluce algo transhumano, que no por estar más allá de la naturaleza humana es impropio de ella.

Dicho con otras palabras: en todo hombre hay un «plus» sobreañadido, un carácter indeleble que le trasciende y en el que se trasciende. Misteriosamente, el hombre es más que el hombre. De esta manera, al descubrir en el hombre la trascendencia humana, el científico redescubre, se encuentra y acaba por enseñorearse de su propia autotrascendencia. En la trascendencia —sea auto o heterotrascendencia— el hombre logra vencer, por su propia naturaleza, la seducción lisonjera de convertirse en un ser clausurado, optando definitivamente por la apertura al ser, donde únicamente puede encontrar la dignificación y el desarrollo de su más alta estatura a la que, por otra parte, vocacionalmente está llamado.

Desacralización y psicologización de la conciencia

La desacralización del concepto de conciencia (al considerar que no existe el pecado) y su sustitución por el concepto de culpabilidad (sentimiento), no sólo hace un flaco servicio al hombre sino que traiciona la grandeza de su naturaleza y el puesto privilegiado que el hombre ocupa en el mundo.

¿Hay algo más tremendo que el hecho de que una criatura pueda rebelarse contra su Creador? ¿Puede cualquier otra criatura, que no sea el hombre, rebelarse contra Dios? ¿Podría rebelarse el hombre si no fuese libre? ¿Sería culpable un hombre que no fuera libre?

La desacralización de la conciencia, paradójicamente, no hace al hombre más poderoso, sino menos humano. Si no existe la culpa o si ésta se reduce a mera patología, entonces ha dejado de ser verdad la afirmación de Sófocles de que «hay muchas cosas poderosas, pero la más poderosa de todas es el hombre».

Y es que la condición humana reside más en la inteligencia, la voluntad y la libertad que en los meros sentimientos, sean éstos patológicos o no. Por eso, el intento de suprimir la responsabilidad ética sólo es eficaz cuando se ignoran ciertas características de la persona. En ese caso, el hombre habrá dejado de tener responsabilidad ética, pero sólo al precio de dejar de ser hombre.

Por efecto de la psicologización de la conciencia, la culpa se ha convertido en apenas un sentimiento, un extraño afecto o emoción que padece el hombre, sin que al parecer se conozca qué es lo que la causa. De ahí que para aliviar tal sentimiento se haya apelado, precisamente, al psicoanálisis, teoría que por otra parte ofrecerá al hombre —*homo necessitudinis*— una imagen de sí mismo mucho más infraestimada que la imagen que le ofrecía la antropología cristiana, ahora rechazada por algunos, toda vez que el pecado ha sido abolido y la conciencia personal desacralizada.

Algunos han llegado incluso a psiquiatrizar la culpa, pues, al no poderla referir al pecado —por inexistente, dicen—, sólo pueden explicarla considerándola como patológica.

Si una persona se siente culpable, lo que tendrá que hacer es consultar con un psicoanalista. En este modelo, se infiere erróneamente que la culpabilidad es sinónimo de «signo», «síntoma», «señal», «sentimiento» o «conducta desajustada» y, por consiguiente, tributaria en todos los casos y circunstancias de psicoterapia.

¿Hasta cuándo ha de continuar este modelo interpretativo? ¿Se «curan» o acaso mejoran las personas que, sintiéndose culpables, son tratadas con estos procedimientos? ¿No sería más natural y prudente proceder de otra forma, ofreciendo otras interpretaciones del sentimiento de culpabilidad, mejor fundamentadas desde la perspectiva de la Ética? ¿Acaso no convendría también explorar desde la perspectiva religiosa la conciencia de aquel cliente potencial, antes de diagnosticarle de «enfermo»?

En la mayoría de las personas con conciencia de culpa, a las que me estoy refiriendo (es decir, a personas en las que no se puede verificar la presencia de síntomas patológicos como pensamientos obsesivos, sentimientos de inseguridad, escrúpulos de conciencia, etc.), bastaría con apelar a su conciencia religiosa y a la práctica del remedio religioso oportuno, para que desaparecieran muchos de esos sentimientos.

No nos engañemos. Si el paciente ha violado las normas de su conciencia personal, difícilmente podrá ser curado con psicoterapia. El mal de ese cliente reside en el orden ético y no en el orden funcional u orgánico de su persona.

En muchos casos bastaría con que se les explicara que esa culpabilidad es normal y no patológica, que está unida al pecado y que su origen reside en haber transgredido la voz de su conciencia, para que ya comience a pesar menos. Si además de identificar su origen se le encamina hacia el remedio oportuno, es muy posible que muy pronto ese sentimiento desaparezca. Y, lo que es más importante, tal práctica no sólo no habrá contribuido a hacer ningún daño —ni psíquico, ni orgánico— al cliente, sino que colaborará a afirmar su personalidad, enriqueciéndola con la experiencia del arrepentimiento.

Supongo que a nadie se le ocurrirá pensar que tal modo de proceder no es legítimo. En mi opinión, lo que en absoluto es legítimo es calificar una experiencia exclusivamente ética y moral —la del último juicio que hace la conciencia de una acción que ya se ha realizado y de la que se reconoce su autor— como psicopatológica. Tampoco considero que al proceder así —situando al cliente ante sus responsabilidades éticas, a pesar de que éstas puedan constituir el núcleo principal de su conflicto— estemos «traumatizando» al cliente o creándole un nuevo «complejo». A un enfermo del aparato digestivo tampoco se le crea un «complejo» ni ninguna enfermedad digestiva por informarle de lo que realmente le acontece. La realidad y el conocimiento de lo real no crean monstruos ni «complejos»; la ignorancia de lo real o su encubrimiento, sí.

La psicologización de la conciencia ética acontece cuando los conflictos a los que me acabo de referir se resuelven mal. En ese caso, tras la psicopatologización de la culpa moral, es muy posible que el terapeuta se vea obligado a psicologizar todos los contenidos de la conciencia —si quiere dar al cliente una imagen de sí mismo que sea coherente—, cualesquiera que sean sus significados.

Después de haber errado la interpretación del anterior conflicto, lo que no cabe es apelar a la conciencia ética para explicar otras vivencias similares a las de la culpabilidad, antes referida. En este caso, la necesidad de presentarse ante el cliente como un terapeuta coherente, puede forzar al terapeuta a seguir «interpretando» los restantes contenidos éticos que el cliente le presente en las siguientes sesiones de psicoterapia.

Pero la conciencia ética no es reductible a sólo conciencia psicológica, del mismo modo que los hechos de la conciencia moral tampoco son reductibles a meras vivencias, conflictos o sentimientos. De aquí que la psicologización de la conciencia ética poco o nada sirva para resolver el problema de la culpabilidad humana.

Por último, algunos han tratado de explicarnos la culpa a fuerza de socializarla, es decir, apelando a un curioso proceso de socialización, por cuya extraña virtud se vincula la culpa a las interpretaciones que de ella han hecho ciertos psicoanalistas, como un contenido sólo dependiente de la sociedad, concebida ésta como *sündenbock, bouc émissaire*, o chivo expiatorio.

La psicopatologización de la culpabilidad, como sustitución del concepto de falta ética o de pecado, es una de las más radicales paradojas y contrasentidos contemporáneos, por cuanto sobre ellos se apoyan y fundamentan todos los demás. Una vez que no hay ley ni precepto al que el hombre tenga que atenerse, tampoco puede haber pecado, que es la transgresión de esa norma o ley.

La autoconciencia como principio de la Ética

La conciencia que de la conciencia tiene el hombre —su autoconciencia— es al fin también conciencia. La conciencia es siempre una función genitiva, puesto que es de alguien (el sujeto consciente) y es de algo (el contenido que se tematiza y del que, precisamente, se toma conciencia). En el caso de la autoconciencia su genitividad remite a la identidad del ser consciente, haciendo que se torne más real la presencia misma de esa identidad. El hecho de no ser autoconscientes de la propia identidad (al menos, en muchos momentos de la vida, a pesar de disponer ya de uso de razón) no significa que no tengamos tal identidad. Antes de ser conscientes de la identidad personal, nuestra identidad se nos aparece como lo insuficientemente real, lo todavía no completamente determinado.

Esa toma de conciencia de la propia identidad acontece en muchas ocasiones como un hecho simultáneo que sobreviene en la medida que hacemos uso de nuestra benevolencia para con otro hombre. La identidad eclosiona y hunde sus raíces a orillas de la autoconciencia personal que es, sin duda alguna, el eje vertebrador del comportamiento ético. Sin identidad no puede haber ética.

Sucede aquí algo como si al abrirnos al ser humano en cuanto tal, nuestro propio ser queda-

ra autoafirmado en la conciencia que de la identidad personal nos sobreviene. Este descubrimiento o manifestación de la conciencia de la identidad confiere un distinto sentido ético a la existencia personal.

La conciencia, en tanto que percatarse de otro ser que es sí mismo, constituye la primera manifestación de la ciencia (*cum-scientia)*. Por eso la conciencia constituye uno de los fundamentos primordiales de la ética. En la medida que la conciencia se abre al ser, en esa misma medida se nos manifiesta la identidad de quiénes somos. El motivo de tal metanoia es evidente, pues como escribe Spaemann (1991), «lo que aquí se hace consciente tiene que ser pensado según la analogía de la identidad que instituye una "naturaleza"»[3]. De este modo es como acontece la *relación moral entre sujetos con autoconciencia*—. He aquí otra nota sustantiva que fundamenta el comportamiento ético en la relación médico-enfermo.

Hasta cierto punto, es lógico que esto sea así, puesto que resulta muy difícil de verificar, empíricamente, la relación del hombre consigo mismo. Las representaciones simbólicas que de esas relaciones tenemos (autoconciencia), pueden ser simuladas —es decir, que esté ausente la autoconciencia— aunque parezca lo contrario. Otras veces puede acontecer algo diferente: que aparezcan tales señales empíricas y que, sin embargo, no esté presente la autoconciencia.

No se olvide, que lo propio de la autoconciencia es «no poder recordar su comienzo», ya que «es propio de la esencia de la persona humana el fundarse en lo inmemorial» (Spaemann), característica esta que puede todavía dificultar más el poder distinguir si estamos o no ante una persona con conciencia. En todo caso, lo éticamente aconsejable es respetar a la persona en que aquélla se da —con o sin evidencia en este momento— como expresa manifestación de nuestro respeto a la conciencia que de seguro un día tuvo.

En este punto debemos recordar que la esencia de la naturaleza racional consiste en la posibilidad de realizarse como vida consciente de sí misma.

Percibir la realidad del otro no es sino percibirlo teleológicamente. Y sólo percibiremos su realidad si lo percibimos como «aquello que se logra a sí propio como vida consciente»[4]. Una vez que lo hemos percibido así, es natural que surja la benevolencia en quien así lo percibe, benevolencia que se manifiesta en la contribución a consumar esa tendencia teleológica de esa persona. He aquí otra razón medular donde se pone de manifiesto, una vez mas, cómo se enraíza y articula la Ética en la autoconciencia personal.

Para una reposición de la conciencia

En las líneas que siguen trataré de aproximarme al problema de la *responsabilidad ética desde una perspectiva filosófica y moral*, lo que equivale a sentar los siguientes principios: la justificación de la ley que hay que obedecer y cuya transgresión genera la culpa; la *fundamentación de la conciencia juzgadora* que mide la responsabilidad ética en cualquier actividad a partir de esa ley; la *libertad de la persona que elige* lo que hace y que sólo porque es libre puede ser responsable; la *trascendencia y la relevancia social de la responsabilidad ética del hombre en la perspectiva del amor.*

a) La justificación de las normas éticas

Comencemos por el primero: *la ley*. Aunque los preceptos del decálogo pueden ser conocidos por los hombres con las solas luces de la razón, pues son una manifestación de la ley natural, sin embargo, continúa Tomás de Aquino argumentando, «convenía que la ley divina proveyese al hombre, no sólo en las cosas que superan la razón, sino también en aquellas en que el entendimiento suele hallar dificultad. La razón humana no podía errar en sus juicios universales sobre los preceptos más comunes de la ley natural; pero la costumbre de pecar hacía que su juicio quedara oscurecido en los casos particulares. Además, sobre los otros preceptos morales, que son a manera de conclusiones deducidas de los principios más comunes de la ley natural, muchos yerran reputando lícitas cosas que de suyo son malas. Fue, pues, conveniente que la ley divina proveyera a esta necesidad del hombre».

Lo que se acaba de afirmar impone un fuerte compromiso a las leyes humanas, puesto que éstas tienen que adecuarse a la ley natural. Pues, como escribe Cardona (1987), «por eso, (Sto. Tomás, S. Th, I-II, q. 95, a. 2), la necesaria tolerancia, en determinados casos, no es legitimación, y menos aún moralización: pero los gobernantes deberían tener muy en cuenta —entre otras cosas— el carácter pedagógico de la ley (y más en momentos de decadencia moral y religiosa) y el hecho comprobado de que la despenalización multiplica la infracción. Por otra parte, conviene insistir en que el "hecho" no constituye derecho, que la sociología no es un "lugar" (o fuente) de lo jurídico».

No puede ser de otro modo, pues, como señala Tomás de Aquino, «la ley humana tiene razón de ley en cuanto es según la recta razón, y en este sentido es manifiesto que se deriva de la ley eterna. Sin embargo, en cuanto se aparta de la razón se dice ley injusta, y así no tiene razón de ley, sino más bien de cierta violencia» (Sto. Tomás, S. Th, I-II, q. 92, a. 2 ad. 2). He aquí la conclusión que se desprende, por mera inferencia lógica, de la naturalidad de la ley natural. Hasta aquí la ley. Pero observemos ahora al sujeto que conoce y sobre el que recae el peso de la ley.

b) La ley y la libertad

La verdadera libertad —la que se ejercita donde debe ejercitarse y no está atenazada por la propia miseria— se ha perdido, y ha de ser reconquistada, mediante la gracia y nuestra cooperación. Con la libertad «psicológica» o libertad como simple capacidad de elegir nos podemos perder, porque no es en sí misma nada más que una premisa para el orden moral; con la verdadera libertad nos salvamos. Por la primera el acto se hace humano; con la segunda el acto humano se hace bueno[5]. Con la primera el acto puede ser bueno o malo, por lo que no tiene en sí misma valoración moral; con la segunda el acto sólo puede ser bueno, por lo que es la verdadera libertad. En esto consiste ser verdaderamente libre.

Si la verdadera libertad no fuese indiferente a la elección del fin —a Dios—, se comprende que tampoco lo sería respecto de los medios necesarios para llegar a ese fin: ahí no puede haber más que libertad de coacción, es decir, necesidad de decidirse por sí mismo a querer lo que se debe querer.

De aquí que todo el conjunto de normas, naturales o divinas, sean medios necesarios, y en consecuencia obligatorios, para que la persona pueda alcanzar su auténtico fin. Precisamente por eso, esas leyes no se imponen al hombre directa y externamente, con la obligatoriedad de la coacción irresistible. Y es que el Creador quiere que el hombre le obedezca, no como animal irracional, sino como un ser inteligente que goza de una voluntad libre. Justamente porque ése es el querer de Dios, la obligatoriedad de estas leyes nace con un fundamento real, natural y objetivo: la propia conciencia del hombre.

c) La fundamentación de la conciencia juzgadora

De hecho, la conciencia humana descubre la moralidad que palpita y yace escondida en cada situación personal. El hombre es capaz de discernir entre la bondad y maldad de las cosas, identificando aquellos deberes objetivo por los que debe regirse y a los que debe adecuarse su conducta subjetiva, y teniendo la capacidad de comprometerse y obligarse a poner o quitar, según los casos, una acción determinada.

El hombre tiene experiencia personal de cómo en su conciencia se hacer presente esa ley. En efecto, en lo más profundo de su conciencia resuena su voz, cuando es necesario, advirtiéndole: «haz esto, evita aquello».

Ahora bien, «la conciencia —escribe Cardona— no crea la norma: la conoce y aplica, es intérprete de una norma interior y superior, pero no es ella quien la crea. De ahí la obligación natural de formarse una conciencia recta y verdadera. Pero, tratándose de un saber práctico, vital, decisivo para la vida entera y su destino, esto compromete al hombre entero; y por eso, requiere "buena voluntad" y todas las disposiciones convenientes: la falta de estas disposiciones puede oscurecer y aun deformar positivamente el conocimiento preceptos básicos de la ley natural: la Historia —también la contemporánea— lo demuestra».

Por todo esto resulta necesaria la formación de la conciencia. La ausencia de formación de la conciencia lleva al hombre a una cierta dimisión de su naturaleza antropológica, pues, como decía

[3] SPAEMANN, R., *Felicidad y Benevolencia*, Madrid, Rialp, 1991.

[4] Ídem, p. 167.

[5] Cfr. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q. 71, a. 6 c.

el navegante Bering, «hay gentes que tienen en el lenguaje costumbres de loro y en la vida costumbres de mono; sólo dicen lo que han oído y sólo hacen lo que han visto hacer».

En este punto, la conciencia humana no puede delegar en otro su responsabilidad personal. Porque entre las notas que caracterizan la conciencia humana se encuentran las de ser una realidad singular (que no admite réplicas o multiplicación), propia (que no puede predicarse de otra persona distinta de aquélla) y, por consiguiente, intrasferible (que no es susceptible de pasar de una a otra persona).

Esto significa que ante la conciencia ética, cada hombre no puede ser sino ese solitario que forzosamente ha de encontrarse a solas consigo mismo. Los demás podrán ayudarle —y acaso de forma importante— con el consejo, con el buen ejemplo o con la compañía solidaria, pero el juicio último sobre el que se fundamenta toda decisión —y el inherente y natural mérito o demérito que puede acompañar a aquélla—, necesaria e inevitablemente ha de ser personal. Sin la libertad de la conciencia la culpa o el mérito del hombre no serían posibles.

Esta libertad de la conciencia humana es la que impide precisamente cualquier forzamiento o imposición a que el hombre obre en un sentido determinado. Tanta es esta liberalidad que resulta ser cierto el hecho de que al hombre no se le puede forzar a obrar contra su conciencia, como tampoco se le puede impedir que obre según ella. He aquí el doble reconocimiento de la libertad de nuestra conducta personal: la liberación de todo forzamiento a obrar contra nuestra conciencia, y la liberación de todo impedimento que obstaculice o dificulte el obrar según ella.

Pero esta suprema liberalidad —que con toda razón reclamamos y hemos de defender siempre para nuestra conciencia y las conciencias de los demás— nos impone una exigencia: la de la formación de la conciencia, para que siendo ésta verdadera y recta sepa juzgar justamente cada cosa.

d) La conciencia juzgada y juzgadora

La conciencia no debe olvidar que ella misma queda juzgada en el juicio o sentencia que hace de cada cosa. En la cosa juzgada, en la sentencia dictada queda también juzgado el juez que juzga, es decir, la conciencia juzgadora. Pero no se piense que todos los errores de los juicios dictados por la conciencia se deben exclusivamente a la falta de formación de la conciencia humana. Para juzgar con rectitud cada cosa no basta con que la conciencia esté bien formada: es necesario que ésta aplique correctamente las normas y principios que conoce a las cosas particulares que en cada caso o circunstancia debe juzgar. Es aquí, precisamente, en la valoración ética de cada acción donde se concitan factores muy diversos que con relativa frecuencia hacen que yerre la propia conciencia.

No podemos olvidar que el juez y la cosa juzgada son aquí coincidentes en una misma persona y que, en consecuencia, la sentencia de la conciencia al hacerse firme afecta, recae y obliga al mismo juzgador. Esta condición es la que en ocasiones crea en el juez la ficción de poder burlatse de su propio juicio, eludiendo así las consecuencias de aquella sentencia particular, no por error en los principios o ignorancia de las normas, sino por debilidad o ausencia de las necesarias y fuertes virtudes morales, cuya robustez permitiría asumir y satisfacer las consecuencias y penas a que se castiga al reo, en este caso al mismo juez.

Y es que, como afirma una vieja sentencia ciceroniana, «el que seduce a un juez con el prestigio de su elocuencia, es más culpable que el que corrompe con dinero». Lástima que, en frecuentes ocasiones, en este ámbito de la Ética el corruptor y el corrompido coincidan en la misma persona: quien al tratar de engañar a su propia conciencia se autoengaña a sí mismo, haciéndose así doblemente culpable.

El corruptor, de una u otra forma, acaba siempre por ser él mismo corrompido. Y es que como sostenía Juvenal, «el primer castigo del culpable es que su conciencia le juzga y no le absuelve nunca». Tal vez el culpable pueda resistir el veredicto a fuerza de tratar de olvidarlo. Pero por eso no se mitiga un ápice el juicio sentenciado por Juvenal, porque si, como juez, el culpable lograra acallar su conciencia, continuaría siendo doblemente culpable: culpable del hecho originario que dio origen a la culpa inicial y culpable por haber tratado de resistir a la pena que por la comisión de aquel hecho le impuso su conciencia. Es decir, el juez siempre queda él mismo juzgado en la cosa que juzga.

Por otra parte, no basta con disculparse para que desaparezca la culpabilidad. Hay ocasiones

en que cuanto más tratamos de disculparnos más nos inculpamos. Lo mismo acontece cuando son otros los que tratan de disculparnos. A ellos habría que dirigirles el consejo dado por Chesterton en cierta ocasión: «No liberes al camello de la carga de su joroba, podrías estar liberándolo de ser camello».

A veces da la impresión de que hay gente que se empeña en hacer lo que ignora, y de hacerlo de manera que los otros le imiten. Esto es lo que acontece hoy con algunos respecto a *la negación de su responsabilidad ética*. Al proceder así no se dan cuenta de que un hombre completamente liberado de toda culpabilidad es una utopía imposible. Y si alguno lo consiguiera, lo obtendría a fuerza de pagar un costoso precio: el de dejar de ser hombre.

e) La discordia entre la conducta y el juicio: El proceso de deformación de la conciencia

La discordia entre el juicio y la conducta del hombre es constante: la conciencia juzga una cosa, pero la voluntad del reo quiere otra; la conciencia del juez impone una pena, pero la voluntad del reo se rebela contra ella y la dulcifica o la incumple, aunque sea a costa de sentenciar al juez como injusto; la sentencia dictada por la conciencia conlleva unas consecuencias determinadas, pero la voluntad del reo procura zafarse de ellas apelando —otra vez más, como un nuevo abogado defensor— y recurriendo contra la sentencia que dictó la conciencia. La cosa no sería tan enredada —es lo que acontece en la jurisdicción ordinaria— si el juez y el reo fuesen personas diferentes. El enredo se origina cuando, como aquí, juez, reo, fiscal, testigo y defensor coinciden en la misma persona.

Surgen así los intentos de autojustificarse, de autolegitimar la propia conducta —con atenuantes o impedimentos que hacen siempre del reo una persona excepcional y, por tanto, impermeable a la acción juzgadora de los principios y normas por los que se rige o debería regirse el propio comportamiento—, al mismo tiempo que trata de mantenerse la validez jurídica y social de aquellos principios y normas.

Pero esto acontece sólo en la fase inicial. Con el tiempo y el encadenamiento de «salvedades legitimadoras» y «excepciones justificadas», la conciencia comienza a enturbiarse, al mismo tiempo que inicia su camino para adaptarse al comportamiento. «Quien no vive como piensa —dice un viejo refrán castellano— acaba por pensar como vive». Lo curioso de esto es que lo más poderoso, iluminador y penetrante (el pensamiento) se subordina y somete al dictado de la mera facticidad ciega y roma (el mero vestigio de la conducta ya ejercida).

El reo no quiere reconocer sus faltas y sentirse culpable. Ante la discordia entre su conducta y unas determinadas normas, el reo busca la excusa de sus errores, «justificando» esa forma suya de obrar hasta el extremo de persuadir al juez (a la conciencia) de su inocencia; persuasión que acaba por cegar y ensordecer a la misma conciencia, que no disponiendo ya de ojos para ver ni de oídos para oír, acaba también por enmudecer, incapacitándose a sí misma para, en lo sucesivo, continuar juzgando.

El proceso de deformación de la conciencia es tan viejo como el hombre mismo. Quien no obra como piensa acaba por pensar como obra; quien no hace lo que dice, acaba por decir lo que hace; quien no habla como piensa, acaba por pensar como habla. He aquí lo contrario de la perfecta adecuación exigida por la formación de la conciencia de la que ella misma sale garante. Sin la precisa y rigurosa congruencia de las tres conductas anteriores —el pensar, el hacer y el decir—, la acción humana deviene respectivamente en errónea, falsa o mentirosa.

Para obrar bien, no basta con la intención subjetiva de la voluntad. «Para que la elección sea buena —escribe Tomás de Aquino— se requieren dos cosas. Primero, que haya debida intención del fin: lo que se consigue por la virtud moral, que inclina el deseo al bien conveniente a la razón, que es el fin debido. Segundo, que el hombre alcance rectamente las cosas que se ordenan al fin: y esto sólo puede hacerse mediante una razón que rectamente aconseje, juzgue y mande; que es lo que corresponde a la prudencia y a las virtudes anejas (...). Por lo que no puede haber virtud moral donde no hay prudencia. Y por consiguiente, tampoco donde no hay entendimiento»[*]

La norma ética, la obligación objetiva no entra en el hombre nada más que por la conciencia: no

[*] Cfr. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q. 58, a. 4 c.

es que la conciencia cree la norma —se habla sin propiedad cuando se dice que la conciencia es libre—, pero sólo ella conoce y sólo ella obliga de modo inmediato. Lo tremendo de esta situación es que se obra subjetivamente mal —culpabilidad subjetiva— si se actúa contra la conciencia; y se obra objetivamente mal —culpabilidad objetiva— si se actúa según el dictamen erróneo de la conciencia.

Pero el acto objetivamente malo es imputable en la medida en que lo sea el error, que no se debe a la naturaleza misma de la conciencia, sino a causas accidentales. Tomás de Aquino nos lo presenta con un ejemplo dramático: «Creer en Cristo es en sí bueno y necesario para salvarse; pero la voluntad se dirige a ello bajo el aspecto en que le es presentado por la razón. Y si la razón propone ese acto como malo, la voluntad, al tender a él, obra el mal, no ciertamente porque sea malo en sí, sino porque la razón accidentalmente lo ha aprendido como malo»[7].

Pero no se piense que la deformación de la conciencia personal, por consistir ésta en algo personalísimo e intransferible, no genera consecuencias para la sociedad. La mala conciencia personal, empujada por nuestra naturaleza social, *contagia*, *salpica* e *invade* a la conciencia de nuestros conciudadanos.

Contagia, porque cualquier conducta humana se manifiesta también —al ser imitada por otros— como una causa ejemplar del comportamiento ajeno. *Salpica*, porque sin que medie ninguna libertad o determinación explícita de confundir a los demás, quien así se comporta tratará de legitimar su propia conducta, sembrando la duda entre quienes le observan y se comportan de modo diferente. Y acaba por *invadir* las conciencias ajenas, porque quien así se autoengaña continúa inseguro y dudoso de la validez de su propio comportamiento —necesitado como está, por la inseguridad que sufre, de ser confirmado en la legitimidad de lo ya hecho—, por lo que tratará de generar nuevas actitudes en los demás que sean semejantes a las propias.

f) La libertad de la persona que elige

En el aspecto social, el hombre ha de ser gobernado de acuerdo con su naturaleza, que es *libre*. Esta realidad supone, en primer lugar, la *libertad física*, pues no se puede mandar o prohibir, premiar o castigar a quien, por no ser libre, no es tampoco responsable. Y también la capacidad de obedecer o no, en función de cuál sea el premio o el castigo que se reciba por ello. Por eso el gobierno de la sociedad usa de recompensas y de penas —legítimas allí donde las leyes son necesarias—, para garantizar la justicia, la paz y el bien común, ya que no todos obrarían justamente por el solo conocimiento de la ley. Sin embargo, no siempre las prohibiciones y las consiguientes penas son útiles o eficaces para salvaguardar el bien común; y en ocasiones pueden incluso ser contraproducentes para la rectitud moral de los súbditos, por inducirles a la hipocresía y al fingimiento.

No cabe duda que el hombre puede ser *ayudado* por los demás y por la sociedad, *pero no sustituido* por ellos. De ahí que sea mucho más importante la propia decisión interior que no la simple realización de una obra externa.

Precisamente porque la libertad reside en esa decisión personal de cada hombre, ninguno de ellos debe ser impedido —*nemo impediatur!*—, ninguno de ellos debe ser coaccionado —*nemo cogatur!*—, ni siquiera con el pretexto de para que se salven.

g) El fundamento de la obligación de seguir la ley natural

La *libertad moral* exige también un cierto ámbito de libertad física social o civil, sin el cual aquélla no sería posible. Éste es el caso de la inmunidad de coacción, que en la sociedad civil no se trata, en ningún modo, de una autorización positiva para realizar todas o cualesquiera de las acción de las que se dice que no sean impedidas. Cuando, por ejemplo, la Iglesia pide al Estado que no defienda coactivamente la religión católica —culto, dogma y costumbres—, no es que reconozca a los hombres un derecho a no creer o a creer cualquier cosa, a no dar culto a Dios o a darlo de cualquier modo, a no atenerse a ninguna norma moral o a atenerse a una cualquiera; sino que se reconoce el derecho que los hombres tienen, en las actuales circunstancias del mundo, a no ser impedidos en sus acto externos de índole positiva o negativamente religiosa —sean éstos cualesquiera—, dentro de los límites que impongan la decencia y el orden público.

Pues, como escribe Cardona (1987), «sólo Dios, que ha creado al hombre y lo conserva en el ser, puede ordenarlo desde dentro, desde la intimidad profunda de su ser. La autoridad humana dirige desde fuera, ilustrando su inteligencia y quizá atrayendo su voluntad, pero sólo hasta cierto punto. Dios ordena, da la capacidad y mueve con la íntima inclinación a hacerlo. Ha hecho la ley porque ha hecho la naturaleza. Por eso su ley es natural y es mía, siendo a la vez y radicalmente de Él. Siendo la ley natural regla y medida de los actos humanos, procede del principio radical de esos actos, que es el fin último, que es Dios (...) Por eso mismo, el incumplimiento de la ley natural comporta inmediata y necesariamente su propia sanción: el hombre, a la vez que incumple el mandato divino, deforma su naturaleza, pierde libertad y operatividad, y compromete su destino final. Y al obstinado en la culpa no le queda al fin otra dignidad que la de cosa, la mera y fáctica existencia, terriblemente consciente de su irreparable fracaso, de su total frustración».

Y esto es así porque ninguna autoridad humana puede conceder una autorización positiva para enseñar o hacer algo que sea contrario a la ley natural o al bien moral. Un mandato o una autorización de esta clase no tendría fuerza de obligar y quedaría sin valor. Ninguna autoridad puede dar esa autorización o ese mandato, porque es contra naturaleza obligar al hombre al error o considerarlo como indiferente. No es la verdad o el error, el bien o el mal, los que tienen derechos, sino las personas; pero hay que añadir que las personas tienen derechos sólo para hacer el bien, y nunca para hacer el mal, aunque en algunos casos no se les pueda prohibir hacerlo, con una ley civil.

El anterior acercamiento aconseja que no se reduzca la dimensión social de la vida del creyente —mediante leyes civiles, como el laicismo pretendía—, al fuero de la conciencia o de la subjetividad, ya que tanto el laicismo como el indiferentismo o el relativismo podrían constituir un modo de coacción civil en materia moral que, forzosamente, tendrían importantes repercusiones y consecuencias, tanto en la conciencia de culpa del creyente como en el sentimiento de culpabilidad del que no cree.

h) La trascendencia y la relevancia social de la responsabilidad ética en la perspectiva del amor

¿Qué acontece, desde la perspectiva amorosa, cuando libremente no se sigue el dictado de la conciencia? Es en este horizonte donde la culpa del hombre se hace más humana y más divina, menos lacerante y alejada y más cercana y comprensiva, a pesar del halo de misterio que naturalmente la envuelve.

La primera referencia de la atalaya desde la que trataremos de observar la culpa del hombre es, lógicamente, la trascendencia amorosa.

Cardona (1987) delimita bien la siguiente coordenada referencial antropológica, para que nos vayamos situando: «Sólo dando y dándose en su amor es como la persona vive como persona, y alcanza la plenitud de su ser libre, en cuanto no condicionado por ninguna "necesidad", en cuanto —porque quiere— ama absolutamente al que es en sí mismo realmente digno de ser amado como persona, en cuanto es amor y no mero deseo. Es en el amor a Dios donde yo me cumplo definitivamente como persona. En cambio, por el desamor libre a Dios yo me reduzco a mí mismo, me resto personalidad y carácter. Es Dios el que salva, pero es uno mismo el que se pierde (Os 13, 9), condenándose eternamente al vacío del desamor querido. Y ahí no hay eximente posible, porque sería como eximirnos de ser persona.»

Ahora estamos en condiciones de contemplar —siempre que no abandonemos la perspectiva amorosa en que estamos situados— qué sentido puede tener para el hombre el hecho de no seguir los dictados de su conciencia. Continuemos con la lectura del autor antes citado:

«Así, el buen temor, el temor filial —que no el servil— es temor al desamor, a la culpa, y no a la pena. El buen temor es simplemente amor. El otro temor es una forma de egoísmo, de "amor natural": que en algún caso puede cohibir otra forma peor de egoísmo, pero no más. Por eso, en términos generales, no es buena pedagogía tratar de disuadir a alguien de hacer el mal, presentándole únicamente las malas consecuencias que se seguirán para él, haciéndole ver que "no le conviene": más bien hay que fomentar en él su real capacidad de amar, invitarle a salir de sí mismo, procurando el bien del otro, amando. Análogamente, no deja de ser lamentable —y muy sintomático— que en no pocos casos toda la

[7] Cfr. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q. 19, a. 5 c.

fuerza de mover de la ley civil resida en su coactividad, en su eficacia penal.»

Pero la culpa constituye el haz de una moneda, cuyo envés es siempre el pecado. Y la realidad del pecado también se ilumina con fulgores nuevos cuando se contempla desde la perspectiva amorosa.

«El pecado —escribe Cardona—, más que negar directamente a Dios o ir contra Él —que sería el pecado más grave: de malicia—, es no quererlo como Dios, absolutamente; y eso *ipso facto* incapacita para amarlo y, como consecuencia, para gozar en su unión. Y una cosa análoga sucede con *el pecado contra el prójimo*: no es necesario querer su mal, basta no querer su bien, ignorarlo como persona, usarlo como una cosa.»

A este respecto conviene reflexionar sobre lo que Cardona nos sugiere: «Es muy importante —dice— no identificar el bien con el placer y el mal con el dolor. El placer y el dolor son los términos subjetivos (poseídos) del "amor natural". El bien y el mal son los términos objetivos del amor electivo, es decir, donde el amor electivo —como tal— realmente termina».

Esto significa que la plenitud de ley no reside en su mero cumplimiento. La plenitud de la ley está en el amor. Cuando se ama al legislador, indefectiblemente se cumple la ley; por contra, puede cumplirse la ley y no amarse al legislador, y no amarse nada más que a sí mismo (como sucede en el rígido y perfeccionista), lo que sería también una buena razón para explicar, en algunos casos, el cumplimiento de la ley.

En consonancia con esta perspectiva amorosa, la culpa no siempre constituye el argumento denostado y vejatorio, cuyo fin parece consistir en la humillación del hombre (Scheffczyk, 1987 y 1988). La culpa puede tener también otro sentido más noble, alto y cualificado: el de acrecer la dignidad del hombre. Si no hubiera culpa, no sería posible la *reconciliación*.

De aquí que los católicos —a pesar del misterio que subyace— no se extrañen de que la liturgia de la Iglesia haga referencia al pecado, en un tono festivo y gozoso, al mencionarlo como *¡Felix culpa!* por la que entró en el mundo la redención del hombre.

La Ética no consiste —en contra de quienes así piensen— en renunciar a lo que es irrenunciable, es decir, a la felicidad. La Ética no significa tanto la renuncia a la felicidad (y la aceptación de la infelicidad), como la prosecución y conquista —en ello nos va la vida— de la felicidad. Sólo el moralismo hace de la felicidad deber, mientras no atiende al hecho de que ser feliz es también un deber natural —y no sólo un derecho.

El esfuerzo ético por ser felices no es el esfuerzo penoso fundado en el deber-ser, sino el esfuerzo gustoso del ser, algo que es de suyo exigente (ex-igente), porque nos saca fuera de nosotros mismos.

Bioética y la doctrina del doble efecto

a) La doctrina del doble efecto

La doctrina del doble efecto, que es clásica en la filosofía ética[8], no ha sido tratada suficientemente en la Bioética. La doctrina del doble efecto establece que, en los casos en donde es moralmente imposible obrar —ya sea por comisión o por omisión— de tal suerte que los malos efectos pueden ser evitados, se puede obrar para realizar lo que no es malo moralmente, siempre que se cumplan al menos las siguientes condiciones:

a) que el mal no sea querido sino sólo aceptado como un efecto colateral, y

b) que haya suficientes razones morales para obrar intencionalmente a pesar del mal efecto.

Frecuentemente, en la práctica médica de preservar la vida y aliviar el dolor, puede llegarse a situaciones excepcionales y un tanto complejas al tener que optar entre salvar la vida del feto o la de la madre, aliviar el dolor por medios que pueden reducir la vida, etc. Estos casos no se pueden resolver apelando a las consecuencias (consecuencialismo ético) sin suponer de alguna forma una teoría moral que tome partido por quienes las consecuencias son más relevantes. Se toma partido, y por tanto se supone una determinada teoría moral cuando se decide en favor de la madre o del niño, a la vez que se establece una escala de valores de las consecuencias que se puedan derivar, como por ejemplo, alivio del dolor a expensas de acortar la vida. En realidad, el consecuencialismo no puede probar con fundamentos racionales y filosóficos la teoría moral que presupone, es decir,

[8] Para una visión más completa de la doctrina del doble efecto, cfr. *The New Catholic Encyclopedia*, «The Principle of Double Effect», Nueva York, McGraw-Hill, 1967.

una teoría que establezca qué pautas y consecuencias son las más relevantes, y que establezca una jerarquía de valores aplicada a las diferentes consecuencias, con el fin de delimitar qué acciones son permitidas y cuáles no.

El agente moral puede siempre ser tenido como moralmente responsable por lo querido o propuesto en su acción, así como por sus consecuencias previstas, y a *fortiori* por los medios puestos. La responsabilidad respecto de las consecuencias previstas se detecta mejor, si se advierte que el agente moral podía haber evitado obrar sin más en orden a esos efectos previstos. Pero si no quiere directamente un efecto malo, y a la vez, el efecto malo no es un medio para lograr lo que quiere directamente, se estará entonces ante un efecto colateral. La doctrina del doble efecto afirma que, si hay razones suficientes para que el agente moral realice su acción, a pesar del efecto malo colateral, su acción es considerada como buena.

Como afirma certeramente Boyle[9], la doctrina del doble efecto tiene relevancia ética sólo dentro del contexto de la teoría tradicional de la ley moral-natural. Por ello, quienes piensan que la doctrina del doble efecto es superflua[10], no la rechazan propiamente a ella, sino a su contexto teórico.

b) Inevitabilidad de la doctrina del doble efecto en Bioética

La doctrina del doble efecto se ha considerado tradicionalmente necesaria dentro de un mundo en donde nos las habemos con acciones malas. Incluso aunque el agente moral no pueda ser tenido responsable para evitar una acción que realiza un determinado daño, sin embargo, puede considerárselo responsable por no obrar voluntariamente a realizarlo. De esta suerte, la doctrina del doble efecto articula la relación entre la responsabilidad moral de un agente y su acción de tal suerte que parece sin excepción. Y una acción es la que hace responsable al agente en la medida en que realiza la intención del agente. Lo querido es el efecto que el agente se propone realizar por medio de su acción. Naturalmente, el agente es también responsable por los efectos que previsiblemente se siguen de la acción supuesto el curso normal de la naturaleza o de las operaciones de las instituciones sociales. En el caso en que los malos efectos no se sigan de ninguna manera del curso de la acción del agente, sin embargo, es necesario distinguir la intención por la que el agente es moralmente responsable de las otras consecuencias de la acción. En estos casos no puede ser esgrimido un supuesto deber de evitar el efecto malo (pues no deriva directamente de su conducta), sino que tan sólo se le puede responsabilizar de su conducta (buena en sí) de la que deriva un efecto malo no intencionado[11].

Naturalmente, el agente tampoco debe obrar por un fin moralmente bueno, si prevé que el mal efecto pesa más que el bien perseguido. Por ejemplo, no se puede dar un fármaco que puede preverse en una determinada persona que va a causarle graves perjuicios por su peculiar idiosincrasia. Si uno obra por algún fin bueno moralmente y a la vez prevé los malos efectos, la doctrina del doble efecto establece que debe haber también una razón moral suficientemente fuerte para obrar de tal modo que se permitan los malos efectos.

Estos breves análisis hacen ver que sin la doctrina del doble efecto no podría haber ninguna distinción entre la acción y su suceso o entre el efecto querido y el efecto colateral. Así, uno estaría forzado a sostener que el mal efecto es conmensurable con el efecto querido moralmente bueno. Claramente, la doctrina del doble efecto permite evitar sostener estas indeseables conclusiones, a la vez que delimita lo que es sin excepción moralmente prohibido[12].

Si la doctrina del doble efecto define la conexión entre el agente y su responsabilidad

[9] Cfr. BOYLE, J., «Who's entitled to double effect?», en *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 1991, pp. 475-494.

[10] Cfr. DONAGAN, A., «Moral absolutism and the double-effect exception: Reflections on Joseph Boyle's "Who's entitled to double effect?"», en *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 1977, pp. 571-585

[11] Para este tema puede revisarse la colección de artículos recogidos en FISCHER, J.M. (ed), *Ethics, Problems & Principles*, Fort Worth, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1992, especialmente la Parte IV, «The Doctrine of Double Effect», pp 162-212.

[12] Cfr. HANIK, J., «Some Light on Double Effect», en *Analysis*, 35, 1975, pp. 147-151.

moral del modo que se ha precisado, entonces, parece obvio concluir que tenga una amplia aplicación en Bioética. Sin la doctrina del doble efecto no se podría distinguir de entre las consecuencias causadas por el agente las acciones y los efectos por los que puede ser comprometido moralmente.

c) Justificación del doble efecto

La doctrina del doble efecto tiene su origen en la Teología moral católica como un procedimiento para guiar determinadas decisiones que surgen en situaciones morales ambiguas[13]. La doctrina del doble efecto trae a colación la distinción entre lo que una persona quiere al obrar y lo que lleva a cabo como un efecto colateral de su acción voluntaria. Según la doctrina del doble efecto esta distinción tiene una notable importancia ética: a veces se permite llevar a cabo como doble efecto de la acción voluntaria lo que sería incorrecto llevar a cabo intencionadamente.

Dentro de la tradición de la Teología católica, la doctrina del doble efecto ha sido formulada de varios modos[14]. El núcleo de estas formulaciones es la idea de que hay condiciones de permisibilidad para llevar a cabo determinados tipos de males. Estos males son considerados de varios tipos: daños corporales, daños morales, etc. Estos males tienen en común el ser inadmisibles si se llevaran a cabo intencionadamente (ya que la voluntariedad se refiere a la acción; al efecto corresponde la intencionalidad). La doctrina del doble efecto establece que estos males pueden ser llevados a cabo si se cumplen al menos dos condiciones:

1ª. El mal no ha de ser querido directamente, sino llevado a cabo indirectamente como un efecto colateral de la acción principal.

2ª. Las razones que lleven a realizar una acción de esta importancia deben ser proporcionadas al mal indirecto que se infringe.

Se ha de notar, que tradicionalmente, la Teología moral católica suele dar tres o cuatro condiciones para que se dé la licitud de acciones con doble efecto perverso. No obstante, estrictamente considerado, se pueden reducir las otras condiciones a algunas de las dos antes mencionadas, ya que las demás condiciones sólo explicitan aspectos que ya están contenidos en las dos anteriores[15].

Claramente, la doctrina del doble efecto tiene importantes aplicaciones dentro de la casuística bioética. Si dejamos a un lado las clásicas aplicaciones casuísticas a la autodefensa y guerra, el uso mejor conocido de esta doctrina ha sido en el contexto del aborto. De esta suerte, varios casos de abortos indirectos son los que pueden ser justificados por la doctrina del doble efecto. Otras aplicaciones son, por ejemplo, para distinguir la esterilización voluntaria de las que son consecuencia de un efecto colateral, o para distinguir acciones de asesinato de las que son resultado de dar un fármaco analgésico que acorta la vida, problemas en torno a la eutanasia pasiva, cooperación al mal, etc.[16].

Todas estas distinciones se reducen a la siguiente: dañar intencionadamente a alguien y dañar a alguien como un efecto colateral.

d) Algunos problemas en torno a la razón proporcionada al mal permitido

Éste es el aspecto más difícil de delimitar en la doctrina del doble efecto, a saber, que debe haber una razón moral suficientemente importante para realizar un mal como efecto colateral.

Se cree frecuentemente, según la doctrina del doble efecto, que las acciones que, de una forma colateral, conllevan efectos malos son sólo hasta cierto punto permisibles. Esta errónea creencia lleva a algunos intérpretes a sostener que la doctrina del doble efecto postula que los actores morales son sólo responsables de lo que realizan voluntariamente, y que, por consiguiente, no tienen responsabilidad de

[13] Cfr. MANGAN, J., «An Historical Analysis of the Principle of Double Effect», en *Theological Studies*, 10, 1949, pp. 41-61.

[14] Cfr. MANGAN, J., «An Historical Analysis of the Principle of Double Effect», en *Theological Studies*, 10, 1949, pp. 41-61.

[15] Cfr. BOYLE, J., «Towards understanding the Principle of Double Effect», en *Ethics*, 90, 1980, pp. 527-538.

[16] Cfr. ASHLEY, B., O'ROURKE, K., *Health Care Ethics: A Theological Analysis*, San Luis, *The Catholic Health Care Association*, 2ª ed., 1981, pp. 227-238, 276-284 y 375-387.

los efectos colaterales que de sus acciones resulten[17].

Pero si el actor moral no tiene responsabilidad moral alguna sobre los efectos colaterales, entonces sería irrelevante establecer condiciones morales para la permisibilidad de llevarlos a cabo.

Como ha detectado bien Anscombe, la primera condición de la doctrina del doble efecto es lo que llama «Principio del efecto colateral». Este principio no dice nada acerca de la permisibilidad de llevar a cabo efecto colaterales perniciosos más allá del hecho de que no están excluidos por prohibiciones absolutas como las excluye el realizarlas intencionadamente. Se ha de notar —piensa Anscombe— que el principio es bastante más modesto, pues simplemente se limita a decir que no siempre se es culpable al pretender un objetivo[18].

Evidentemente, si el actor moral no es nunca responsable de los efectos colaterales, cabe la objeción de B. Brody: sólo somos culpables del daño cuando lo realizamos directamente y voluntariamente[19], lo que es *toto coelo* un absurdo moral.

e) El mal querido voluntariamente y el mal como efecto colateral

La distinción entre el mal querido intencionadamente y querido como efecto colateral señala la diferencia entre lo que nunca es permitido moralmente y lo que puede ser permitido moralmente.

En los años pasados, entre muchos filósofos de la Ética imperaba un escepticismo general sobre la doctrina del doble efecto, especialmente en la distinción entre lo querido intencionadamente y lo querido como efecto colateral[20]. Especialmente era problemática la posible aplicación rigurosa a la casuística. Este problema parece que tuvo su origen en el argumento de H. L. A. Hart, de que determinadas acciones que no se pensaba que fueran permitidas por las aplicaciones tradicionales de la doctrina del doble efecto eran analíticamente indistinguibles de las acciones que eran permitidas por las aplicaciones tradicionales[21]. Las reservas respecto a la doctrina del doble efecto se incrementaron como resultado de la sospecha de falta de criterio para distinguir los casos en que un resultado es intentado desde casos en que se da un efecto colateral[22].

Los problemas que se han señalado anteriormente son considerados en la actualidad irrelevantes, o por los menos, que no afectan seriamente a la doctrina del doble efecto[23]. La razón de ello es la siguiente: la noción de intención que se suele utilizar en la doctrina del doble efecto no coincide con el uso más cotidiano de intención en la filosofía ética del mundo sajón[24].

Por ejemplo, la muerte de un feto producida por una craneotomía —siguiendo el ejemplo de Hart— no es querida, en el sentido del concepto de intención mantenido por la doctrina del doble efecto, pues la muerte del feto no es una acción que contribuya a salvar la vida de la madre; sino más bien, lo que contribuye a la salvación de la vida de la madre es apartar el feto del canal de parto; y esto se alcanza mediante la actual técnica cruenta de la craneotomía, pero en ningún caso la muerte es deliberadamente querida, sino la craneotomía, aunque muy probablemente con ella muera el feto[25].

[17] Cfr. DONAGAN, A., *The Theory of Morality*, University of Chicago Press, Chicago, 1977, pp. 122 y 164.

[18] Cfr. ANSCOMBE, E., «Action, intention and "double effect"», en *Proceedings of the American Catholic Philosophical Association*, 54, 1982, p. 21: «But notice that the principle is modest: it says, "where you must not aim at someone's death causing it does not necessary cause guilt"».

[19] Cfr. BRODY, B., *Life and Death Decision Making*, Nueva York y Oxford, Oxford University Press, 1988, p. 25.

[20] Entre estos filósofos debe incluirse a un buen estudioso de la intencionalidad de la conciencia moral como es Chisholm, véase por ejemplo, CHISHOLM, R., «The structure of intention», en *The Journal of Philosophy*, 67, pp. 636-637.

[21] Cfr. HART, H. L. A., «Intention and punishment», en *Punishment and Responsability Essays in the Philosophy of Law*, Nueva York, Oxford University Press, 1968, pp. 113-115.

[22] Cfr. FOOT, P., «The problem of abortion and the doctrine of double effect», en *Virtues and Vices*, Berkeley, University of California Press, 1978, pp. 19-32.

[23] Cfr. FOOT, P., «Morality, outcome and action», en Honderich, T. (ed.), *Morality and Objectivity: A tribute to J. L. Mackie*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1985, pp. 233-238; también NAGEL, W., *The View from Nowhere*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, p. 179.

[24] Cfr. BOYLE, J.; SULLIVAN, T., «The diffusiveness of intention principle: A counter-example», en *Philosophical Studies*, 31, 1977, pp. 357-360.

[25] Cfr. QUINN, W., «Actions, intentions and consequen-

Este modo de tratar el ejemplo de la craneotomía ha sido encontrado inaceptable: 1.° porque parece oponerse al sentido común; 2.° porque parece destruir las aplicaciones naturales de la doctrina del doble efecto.

f) Los problemas de la justificación de la doctrina del doble efecto

Detrás de gran parte de la crítica a la doctrina del doble efecto está el intento no logrado de separarla de la doctrina católica que la generó. Se ha intentado así lo que se ha llamado una justificación no absolutista de esta doctrina, pero sin resultados aceptables. Esto no quiere decir que la doctrina del doble efecto no pueda ser patrimonio de la razón natural del hombre, sino que parece que tiene que admitirse un mínimo de principios que la Teología moral católica mantiene como siendo de orden natural, y que otros ámbitos no lo admiten[26].

Se ha argumentado con razón que la doctrina del doble efecto está de acuerdo con intuiciones del sentido común prefilosófico en mayor grado que las teorías consecuencialistas de la moral[27]. Ahora bien, hay diferencias entre la concepción de los nuevos filósofos de la Ética y la mantenida tradicionalmente por la doctrina del doble efecto. Aquéllos intentan separar las bases inamovibles de la Teología católica de la doctrina del doble efecto. De esta suerte, defensores de la doctrina del doble efecto como Warren Quinn presuponen una concepción moral que no incluye prohibiciones absolutas para el hombre, y las sustituyen por criterios de preferencia de unas acciones sobre otras[28]. Con esto se pretende evitar controversias con ciertos tipos de prohibiciones sin caer en una ética consecuencialista.

No obstante, la doctrina del doble efecto es difícil de defender de esa forma, ya que no se ve la maldad o bondad de las acciones, sino una cierta preferencia. Y si se argumenta en base a la preferencia, entonces habrá que preguntar en dónde se funda esa preferencia, si su fundamento es también relativo o vago, y si es así, toda la ética basada en la doctrina del doble efecto queda disuelta en un puro y simple relativismo.

Bibliografía

ANGELL, J. R.: *Psychology: An Introductory Study of the Structure and Functions of Human Consciousness*, Nueva York, Holt, 1904, p. 402.

ANSCOMBE, E.: «Action, intention and "double effect"», en *Proceedings of the American Catholic Philosophical Association*, 54, 1982, p. 21: «But notice that the principle is modest: it says, "where you must not aim at someone's death causing it does not necessary cause guilt"».

ASHEY, B.; O'ROURKE, K.: *Health Care Ethics: A Theological Analysis*, 2ª ed., San Luis, The Catholic Health Care Association of the United States, 1981, pp. 227-238, 276-284, 375-387.

BAKAN, P.: *Two streams of consciousness: A typological approach*, See Pope and Singer, 1978, pp. 159-184.

BOYLE, J.; SULLIVAN, T.: «The diffusiveness of intention principle: A counter-example», en *Philosophical Studies*, 31, 1977, pp. 357-360.

BOYLE, J.: «Towards understanding the principle of double effect», en *Ethics*, 90, 1980, pp. 527-538.

BOYLE, J.: «Who's entitled to double effect?», en *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 1991, pp. 475-494.

BRODY, B.: *Life and Death Decision Making*, Nueva York y Oxford, Oxford University Press, 1988, p. 25.

BUNGE, M.: *El problema mente-cerebro. Un

ces: The doctrine of double effect», en *Philosophy and Public Affairs*, 18, 1989, pp. 334-351.

[26] Cfr. Ídem, p. 343.

[27] Cfr. NAGEL, T., *The View from Nowhere*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, pp. 179-185.

[28] QUINN, W., «Actions, intentions and consequences: The doctrine of double effect», en *Philosophy and Public Affairs*, 18, 1989, pp. 334-351: «It discriminates against agency in wich there is some kind of intending of an objectionable outcome as conductive to the agent's end, and it discriminates in favor of agency that involves only foreeing but not that kind of intending of an objectionable outcome.»

enfoque psicobiológico, Madrid, Tecnos, 1985.

CAMPBELL, A. V.; HIGGS, R.: *In That Case. Medical Ethics in Everyday Practice*, Londres, Darton, Longman & Todd in association with the *Journal of Medical Ethics*, 1982.

CARDONA, C.: *Metafísica del bien y del mal*. Pamplona, Eunsa, 1987.

CATHOLIC ENCYCLOPEDIA, THE NEW: «The Principle of Double Effect», Nueva York, McGraw-Hill, 1967.

CHISHOLM, R.: «The structure of intention», en *The Journal of Philosophy*, 67, pp. 636-637.

DONAGAN, A.: «Moral absolutism and the double-effect exception: Reflections on Joseph Boyle's "Who's entitled to double effect"», en *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 1977, pp. 571-585.

DONAGAN, A.: *The Theory of Morality*. Chicago, University of Chicago Press, 1977, pp. 122 y 164.

ECCLES, J. C., et al.: *The self and its brain*, cap. 7. Berlín, Springer.

ESTES, W. K.: *Handbook of learning and Cognitive Processes*. Hills-Ale NJ, Erlbaum, 1978, 6 vols.

FISCHER, J. M. (ed.): *Ethics. Problems & Principles*. Fort Worth, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1992.

FOOT, P.: «Morality, outcome and action», en HONDERICH, T. (ed.): *Morality and Objectivity: A Tribute to J. L. Mackie*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1985, pp. 233-238. También, NAGEL, W.: *The View from Nowhere*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, p. 179.

FOOT, P.: «The problem of abortion and the doctrine of double effect», en *Virtues and Vices*, Berkeley, University of California Press, 1978, pp. 19-32.

GAZZANIGA, M. S.: *The Integrated Mind*, Nueva York, Plenum, 1978, p. 168.

GOROVITZ, S.: *Doctor's Dilemmas. Moral Conflict and Medical Care*, Nueva York, Oxford University Press, 1982.

GRACIA, D.: *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema Universidad, 1989, p. 598.

«¿Profesión o sacerdocio? Propuestas para un debate ético sobre la profesión médica», en *Jano*, núm. extra, octubre 1983, pp. 38-52.

«La Medicina en la historia de la civilización», en *Dolentium Hominum*, 3, 7, 1988, pp. 65-72.

GRANT, R.: *The Purposeful Brain*, Nueva York, MIT Press, 1977.

HART, H. L. A.: «Intention and punishment», en *Punishment and Responsability Essays in the Philosophy of Law*, Nueva York, Oxford University Press, 1968, pp. 113-135.

HANIK, J.: «Some Light on Double Effect», en *Analysis*, 35, 1975, pp. 147-151.

ISRAEL, L.: *La decisión médica*, Buenos Aires, Emecé, 1983.

JAYBES, J.: *The Origins of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*, Boston, Houghton Miffin, 1977, pp. 467.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M., y WINSLADE, W. J.: *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, Nueva York, Macmillan Canada Inc., 1982.

JUAN PABLO II: *Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias* (12-XI-1983) y *Discurso a científicos, artistas y periodistas en Viena* (12-IX-1983).

KLOPFER, P. H.; BATESON, P.: *Perspective in Ethology*, vol. IV, Plenum Press, 1981.

LOCKWOOD, M. (ed.): *Moral Dilemmas in Modern Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 1985.

MANGAN, J.: «An Historical Analysis of the Principle of Double Effect», en *Theological Studies*, 10, 1949, pp. 41-61.

MARÍAS, J.: *Cara y cruz de la electrónica*, Madrid, Colección Austral, Espasa-Calpe, 1985.

MILLER, G. A., et al.: *Plans and the structure of behavior*, Nueva York, Holt, 1960, p. 226.

NAGEL, T.: *The View from Nowhere*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, pp. 179-185.

NEISSER, U.: *Cognitive Psychology*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1977, p. 351.

ORNSTEIN, R. E.: *The Psichology of Consciousness*, Nueva York, Harcourt Brace and World, 2ª ed., 1977.

PABLO VI: *Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias*, 23 de abril de 1966.

PAIVIO, A.: *Imagery and Verbal Processes*, Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1971, p. 596.

PELLEGRINO, E.: «Health Care: A Vocation to Justice and Love», en EIGO, F. A. (ed.): *The Proffessions in Ethical Context*, Villanova University, *Proceedings of the Theology Institute of Villanova University*, 1986, pp. 97-126.

«Cada enfermo es mi hermano», en *Dolentium Hominum*, 3, 1988, pp. 58-62.

«Agape and Ethics: Some Reflections on Medical Moral from Catholic Perspective», en PELLEGRINO, E.; LANGAN, J.; HARVEY, J. C. (eds.): *Catholic Perspective in Medical Morals*. Dordrecht, Reidel, 1989.

PENFIELD, W.: *The Mistery of Mind. A Critical Study of Consciousness and the Human Brain*, Princeton University Press, 1975.
POLAINO-LORENTE, A.: *Psicología Patológica*. Madrid, UNED, 1987.
La metapsicología freudiana, Madrid, Dossat, 1983.
Acotaciones a la antropología de Freud, Madrid, Ed. Universidad de Piura, 1984.
La agonía del hombre libertario, Madrid, Ed. Universidad de Piura, 1987.
POLO, L.: *¿Quién es el hombre?*, Madrid, Rialp, 1991.
POPPER, K. R.; ECCLES, J. C.: *The Self and its Brain*, Berlín, Springer, 1977.
QUINN, W.: «Actions, intentions and consequences: The doctrine of double effect», en *Philosophy and Public Affairs*, 18, 1989, pp. 334-351.
ROSE, R. C., et al.: *Against Biological Determinism*, Penguin, 1981.
SCORER, G.; WING, A.: *Problemas éticos en medicina*, Barcelona, Doyma, 1983.
SÓFOCLES: *Antígona* (verso 332 y ss.).
SPAEMANN, R.: *Felicidad y Benevolencia*, Madrid, Rialp, 1991.
TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae*, I-II, q. 100, a. 1; I-II, q. 99, a. 2 ad. 2.

2. LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

T. Melendo Granados

Dignidad personal y libertad

Hasta cierto punto, la expresión «dignidad de la persona» es tautológica y redundante, pues el propio término «persona», considerado en sí mismo, apunta formalmente a subrayar la nobleza de aquello de lo que se predica. Santo Tomás sostiene, a este respecto, que la voz «persona» se reserva en exclusiva a los seres más excelentes —Dios, ángeles, hombres— y, justamente, para realzar su magnificencia.

Ahora bien, ¿cuáles son los caminos a través de los que podríamos llegar a columbrar las raíces de la dignidad humana?, ¿cuáles las vías por las que acceder especulativamente a esa peculiar eminencia? Oigamos, en relación a este punto, a tres representantes cualificados del pensamiento filosófico, correspondientes a corrientes doctrinales bien distintas e incluso contrapuestas.

En primer lugar, a Kant, tal vez el más preclaro exponente de la Ilustración filosófica. En su *Metafísica de las costumbres*, Kant escribe: «La humanidad misma es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre (ni por otro, ni siquiera por sí mismo) como un simple medio o instrumento, sino siempre, a la vez, como un fin; y en ello precisamente estriba su dignidad (la personalidad)». De tal suerte, el filósofo de Könisberg enuncia la ley del respeto absoluto al hombre, aunque no pone de relieve su fundamento. Éste resulta más manifiesto cuando, en el capítulo III de la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Kant remite la dignidad personal a la autonomía de la voluntad y a la libertad.

Dignidad humana y libertad. Es el mismo binomio que encontramos en Pico della Mirandola, uno de los pensadores más representativos del humanismo renacentista. En una especie de oración alegórica —dentro, precisamente, de su conocido *Discurso sobre la dignidad humana*—, pone en boca del Creador las siguientes palabras, con las que quiere compendiar los motivos de la eminente nobleza del hombre: «No te he dado una morada permanente, Adán, ni una forma que sea solamente tuya, ni ninguna función peculiar a fin de que puedas, en la medida de tu deseo y de tu juicio, tener y poseer aquella morada, aquella forma y aquellas funciones que a ti mismo te plazcan (...). Tú, sin verte obligado por necesidad alguna, decidirás por ti mismo los límites de tu naturaleza, de acuerdo con el libre arbitrio que te pertenece y en las manos del cual te he colocado (...). No te he creado ni divino ni terrestre, ni mortal ni inmortal, para que puedas con una mayor libertad de elección y con más honor, siendo en cierto modo tu propio modelador y creador, modelarte a ti mismo según las formas que puedas preferir. Tendrás el poder de asumir las formas inferiores de vida, que son animales; tendrás el poder, por el juicio de tu espíritu, de renacer a las formas más elevadas de la vida, que son divinas».

En tercer lugar, Tomás de Aquino, la figura más sobresaliente del pensamiento cristiano medieval, hace radicar la superioridad del hombre sobre el resto de la creación material en el hecho de haber sido creado a *imagen y semejanza de Dios*; y ese mayor grado de similitud se debe —continúa— a que el hombre posee una voluntad libre (es *liberam voluntatem habens*), por la que puede dirigirse a sí mismo hacia su propia perfección (es *sibi providens*). Con palabras textuales de la *Summa Theologiae*: «el hombre es imagen de Dios en cuanto es principio de sus obras por estar dotado de libre albedrío y dominio sobre sus actos».

Aunque —como apuntaba— estos tres autores se encuadran en movimientos filosóficos divergentes, coinciden en relacionar la dignidad humana con la libertad. Lo mismo hace García Morente en *La estructura de la historia*: «Llamamos persona –sostiene— a un sujeto que rige con su pensamiento y su voluntad libre la serie de sus propias transformaciones». Y, efectivamente, aun cuando tal vez no sea ésta la dimensión más profunda en que cabe considerar el asunto, es lícito afirmar que, *en los dominios operativos*, la dignidad del hombre se encuentra estrechamente ligada a su condición de ser libre.

Por eso, precisamente, defiende Kant que el hombre jamás debe ser tratado como simple medio, sino también —y contemporáneamente— como fin. La razón no es muy complicada: resulta patente cuando se considera con cierto detenimiento la naturaleza de la libertad humana. Desde un punto de vista psicológico, la libertad se experimenta como la capacidad de hacer esto o no hacerlo, de hacer una cosa u otra. Desde una perspectiva más filosófica, y quizá más profunda, se caracteriza como dominio sobre los propios actos y, de manera aún más radical, como imperio sobre el mismo fin último (supuesta, en ambos casos, la acción fundante de Dios). Ambas propiedades conciernen a la libertad humana: a) Entre todos los seres que pueblan el universo sensible, sólo el hombre puede dirigirse *por sí mismo* hacia su propia meta. Explicando esta cuestión, Santo Tomás sostiene que los animales, más que moverse, son movidos; por ejemplo, en presencia del agua, un perro sediento no tiene otra opción que la de calmar su sed. Al contrario, el hombre hambriento o sediento puede decidir, por razones de la más diversa índole, aplazar el momento en que esas pulsiones fisiológicas sean satisfechas. Y como algo similar sucede en las distintas circunstancias que configuran su existencia, cabe afirmar que el hombre goza de un cabal dominio sobre los actos que han de conducirlo a sus distintos objetivos. b) Pero la radicalidad de la libertad llega aún más lejos, y se manifiesta, como decía, por un efectivo imperio incluso sobre el fin último. Evidentemente, nos encontramos ante una prerrogativa de mucho más alcance que la anterior: no sólo puede el hombre encaminarse o no hacia unas metas presuntamente impuestas, sino que también tiene la capacidad de determinar la dirección de toda su existencia. Ahí radica, a mi modo de ver, la misteriosa grandeza de la libertad humana: en que cada persona individual y concreta puede determinar el sentido que imprimirá a su propia vida. Sintetizando y recogiendo los dos aspectos: una realidad es verdaderamente libre cuando no sólo puede elegir los medios para alcanzar un determinado objetivo —*impuesto por otro*—, sino cuando, al menos en cierta medida, goza de un relativo dominio sobre la meta que pretende alcanzar con sus actos y, al término, *con toda su vida*. A esto se refería Pico della Mirandola cuando escribía que el hombre puede hacer de su propia existencia lo que él mismo decida, transformándose —y estamos en presencia de un lenguaje parcialmente figurado— en realidad infrahumana o en un ser semejante a Dios.

Es verdad que el imperio humano sobre el fin no es absoluto y total, que la libertad del hombre es limitada. Y el mismo hecho de que éste se encuentre con su libre albedrío como con algo fáctico, que él no se ha dado a sí mismo; el hecho de que no pueda elegir ser o dejar de ser libre —el hombre es tan *necesariamente* libre como el animal, *también necesariamente*, carece de libertad— constituye una prueba irrefutable de la restricción de su libertad. Pero esto no elimina un cierto dominio —restringido, pero *efectivo y real— sobre el fin* de su propia existencia.

No quiere esto decir que la libertad haya de ser concebida como total *indiferencia*. Cuando sostengo que el hombre tiene capacidad de establecer el término definitivo de su vida, no quiero negar que en su misma naturaleza se encuentre ya inscrita —ontológicamente— la orientación que ha de dar a sus pasos. Con palabras más claras: el fin último de toda persona humana es Dios, alcanzado a través del conocimiento y del amor. Asumir esa íntima tensión de plenitud, ese impulso constitutivo que lo conducirá a su dicha definitiva, representa el acto primero y radical de libertad; y la puesta en obra de las operaciones que efectivamente lo llevan a Dios configura sucesivamente el ejercicio de esa libertad, la única verdadera y auténtica. Pero el hombre puede también negarse a hacer suyo el dinamismo que lo encamina hacia el Absoluto, poniendo el fin de su existencia en algo distinto de Dios y, en definitiva, en sí mismo. Hablando con verdadero rigor, al obrar así, el hombre está cercenando, e incluso suprimiendo, su auténtica libertad; en lugar de liberarse, deviene esclavo de sí

mismo. Pero esto no quita que esa posibilidad de rechazar el fin radical inscrito en su propio ser se configure como condición necesaria para poder también asumirlo libremente y, por tanto, como contraprueba imprescindible de la libertad humana (libertad finita, participada y susceptible, por ello, de no alcanzar su propia perfección).

Resumiendo y simplificando un tanto la cuestión, podría sostenerse que al hombre le ha sido determinado —precisamente por aquel mismo Ser que lo ha «hecho» libre— el término al que debe encaminar sus pasos si desea alcanzar la perfección humana, si pretende ser un hombre cabal y completo. Pero ese camino debe recorrerlo *por sí mismo*, autónomamente; y esto es hasta tal punto cierto, que está en sus manos aceptar libre y reduplicativamente el fin inscrito en lo íntimo de su ser (ése sería el uso correcto y la verdadera actualización de su libertad) o, negando y empeciendo la posibilidad que se le ha ofrecido de dirigirse libremente hacia su perfección, rechazar el fin que lo colmaría en cuanto persona, y encauzar su vida por otros derroteros, enderezándola hacia una meta distinta de aquella a que le inclina su propia naturaleza.

Pero —y ésta es la clave para entender las afirmaciones kantianas en su más profundo significado, diverso, en buena medida, del que el propio Kant les atribuye— si el mismo Dios ha conferido a todo hombre la capacidad de elegir su propio fin —aceptando el que se encuentra impreso en el fondo de su ser o rechazándolo y sustituyéndolo por otro— *a nadie le está permitido «enmendar la plana» al Absoluto*, imponiendo a cualquier persona un fin distinto al que ella libremente escoja y utilizándola como simple medio o instrumento para ese objetivo. De ahí, repito, que el hombre —todo hombre— deba ser considerado *siempre* como un cierto fin en sí mismo.

Mas lo que es fin de esta forma, lo que debe ser buscado y querido por sí —y no como medio para lograr algo distinto— es lo que a lo largo de toda la Historia se ha calificado como un *bien*, y, en los últimos tiempos, como un *valor*. En consecuencia, el hombre —cualquiera que sea— se configura como un bien en sí mismo, como un valor, como algo dotado de una nobleza y dignidad intrínsecas. También en este punto parecen concordar Tomás de Aquino y Kant. El primero sostiene en su *Comentario a las Sentencias* de Pedro Lombardo que el término «dignidad» alude a la bondad de alguien considerado en sí mismo, mientras que la utilidad es la cualidad que posee una cosa no por su intrínseco valer, sino en cuanto medio para obtener un bien distinto. Y el filósofo de Könisberg reafirma —desde una perspectiva muy distinta, repito, pero éste es un hecho del que ahora podremos prescindir— la opinión de Santo Tomás: «Los seres cuya existencia no descansa en nuestra voluntad, sino en la naturaleza, tienen, empero, si son seres irracionales, un valor meramente relativo, como medios, y por eso se llaman *cosas*; en cambio, los seres racionales llámanse *personas* porque su naturaleza los distingue ya como fines en sí mismos, esto es, como algo que no puede ser usado meramente como medio, y, por tanto, limita en ese sentido todo capricho (y es un objeto de respeto)» (*Fundamentación de la metafísica de las costumbres*).

Para concluir, podríamos sostener lo siguiente: relacionar la dignidad humana con la libertad equivale a ponerla en dependencia de la posesión, por parte de cada hombre, de un alma espiritual e inmortal, dotada de entendimiento y voluntad. En último término, carácter personal e índole espiritual se corresponden mutuamente, y ambos apelan, en una perspectiva más estrictamente metafísica, a la posesión en propiedad de un acto de ser personal, creado de manera inmediata por Dios para cada hombre, y en el que habría que situar el fundamento radical constitutivo de la dignidad de la persona. Consideremos brevemente estas cuestiones.

El fundamento último de la dignidad humana

Todas las afirmaciones del apartado precedente, y de manera muy particular las que acabo de consignar, sugieren que la raíz última de la dignidad humana hay que buscarla *en la peculiarísima relación que une al hombre al Absoluto*.

De hecho, cuando se ha querido prescindir de esa relación, convirtiendo al hombre en principio único y fundamento pleno de sí mismo, se ha desembocado en la más clara negación teórica de la dignidad humana y en los más netos abusos y atentados contra esa misma nobleza. De las aberraciones prácticas encontramos, desgraciadamente, muestras abundantes en este último siglo: desde los horrores de las dos guerras mundiales hasta el desprecio diario de la vida humana por parte de los defensores y practicantes del aborto,

la eutanasia o, más recientemente, de la fecundación *in vitro* y demás técnicas de procreación artificial. En cuanto al aspecto teórico, la historia del pensamiento en las últimas centurias resulta muy significativa. Partiendo de un intento de inicio absoluto en el hombre —el famoso *cogito* cartesiano—, y siguiendo una línea evolutiva de extremada coherencia, los filósofos de los últimos siglos han acabado por negar radicalmente la existencia de Dios, para verse después abocado a declarar también formalmente la muerte o la vacuidad del hombre. Ya en nuestros días, los pensadores más representativos de la corriente filosófica a que me vengo refiriendo se han visto obligados a concebir al hombre como «un ser para la muerte», una «pasión inútil», un ser «condenado a la libertad».

La última de estas formulaciones resulta muy esclarecedora, máxime si tenemos en cuenta la relación que establecimos en el apartado anterior entre libertad y dignidad humanas. A pocos se les oculta que la historia de los siglos que nos preceden puede interpretarse —a grandes líneas y con numerosas excepciones— como un fabuloso intento teórico-práctico de elevar *la libertad humana* a la categoría de absoluto, fundamentándola exclusivamente en sí misma y prescindiendo positivamente de su relación constitutiva con Dios. Lo que históricamente se ha denominado liberalismo —y que poco tiene que ver, *quede claro*, con los movimientos políticos que hoy adoptan ese calificativo— constituye quizás el inicio práctico de esta enorme operación, fecundada y hecha posible, desde muchos años antes, por la corriente filosófica a que acabo de aludir. El liberalismo supuso un cambio notable —y tal vez poco resaltado— en la concepción de la libertad. Quizás el aspecto más profundo de esta mutación consista en que, paradójicamente, la libertad dejó de ser concebida como una propiedad perteneciente a todos y cada uno de los hombres, y conferida por Dios con su mismo ser, para pasar a considerarse *exclusivamente* como objeto de conquista, inicialmente política, y, por tanto, como algo que el hombre se procuraba a sí mismo o que unos hombres otorgaban a otros. La consecuencia clara —que la brevedad de este escrito me impide desarrollar— es que esa misma libertad, a la que iba aparejada la dignidad de la persona, lo mismo que era concedida, podía también ser sofocada y aniquilada por determinadas personas o grupos sociales.

Al contrario, cuando la libertad y dignidad personales se hacen radicar en el acto de ser constitutivo de cada hombre, conferido por Dios a través de la creación, Dios mismo se transforma en garante de esa dignidad, que deviene inviolable y a la par cuasi infinita —*participadamente* infinita—, por derivar, como decía, de una peculiarísima relación con el Absoluto, con el Infinito.

Para intentar esclarecer la naturaleza de esa relación puede servirnos de guía la descripción de la persona que, inspirándose en Kierkegaard, uno de los autores que con más fuerza se opuso a la línea de pensamiento a la que varias veces me he referido, propone C. Cardona en su *Metafísica del bien y del mal*. Para él, el hombre, en cuanto persona, es *«alguien delante de Dios y para siempre»*. En ese *estar delante de Dios* quiero hacer radicar la especialísima relación que constituye al hombre en persona y le confiere su particular dignidad. Distinguiré, para ello, tres momentos.

a) Momento constitutivo

Se trata del inicio temporal y real de cada uno de los hombres que han poblado, pueblan o poblarán nuestro universo. Desde una perspectiva filosófica, corresponde a la donación, por parte de Dios, del acto de ser personal, propio y específico de cada individuo, e indisolublemente unido a la creación del alma. Desde el mismo momento en que Dios crea cada alma particular, infundiéndola en el cuerpo que los padres han engendrado, la nueva criatura goza, radicalmente, de toda la dignidad de la persona. Y eso, en lo que respecta a este primer momento, porque, para constituirlo en persona, para crearlo, Dios *lo ha puesto delante de Sí* de una manera particularísima y radicalmente distinta del modo en que tiene presentes a las realidades no personales.

Un indicio clarísimo de esta diferencia se encuentra en el relato de la creación contenido en el *Génesis*. Expresándonos con términos humanos —los únicos, por otra parte, a nuestro alcance—, cabría decir que la actitud de Dios cambia radicalmente en el momento de crear al hombre. En ese «hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza» puede verse un especial interés divino, una particular diferencia, que lleva a las Tres Personas que constituyen al

único y verdadero Dios a «reunirse en consejo», con el fin de extremar el cuidado con el que van a dar el ser a quien, con todo derecho, podemos denominar rey de la creación material. Pues bien, prescindiendo ahora parcialmente del lenguaje figurado, esa particularísima consideración se repite en la creación de cada nueva alma humana. El modo en que Dios se relaciona con ellas es —como decía— plenamente diverso del adoptado con el resto de la creación. De la totalidad de ésta cabría sostener que Dios la creó radicalmente al inicio del mundo y que, conservándola constantemente, la mantiene *en su conjunto*, atento también a sus particularidades, pero dejando que éstas se rijan por las leyes *comunes* del universo material. Por el contrario cada alma es objeto directo de un nuevo acto creador, en el que Dios —valga de nuevo la metáfora— se vuelca de una manera estrictamente peculiar. Hasta el punto de que puede afirmarse que la atención que Dios presta a cada nueva criatura personal, considerada individualmente, es infinitamente superior a la que concede a todo el universo no personal. Lo cual, sin ninguna duda, constituye para cada hombre un título de gloria y la razón más radical de su particular excelencia: todo un Absoluto *lo pone delante de Sí* y se recrea en él como si del único objeto de su creación se tratase.

b) Momentos perfectivos

Se configuran, cada uno de ellos, como un nuevo estar *ante Dios* por medio del amor y la libertad. Ya antes me he referido a ese momento originario de la libertad en el que el hombre se decide por Dios, *eligiéndolo* como el objeto radical y fin último de toda su existencia. Con la ayuda de Kierkegaard, vamos a considerar de nuevo esa situación, pero desde la perspectiva ahora adoptada: la del crecimiento perfectivo de la persona y de su dignidad. La libertad —viene a decir Kierkegaard, parafraseado de nuevo por Cardona— se nos da con esta condición: que en el mismo instante en que se presenta como libertad de elección (entre Dios y nosotros mismos) —es decir, en el primer momento en que hay real uso de razón, y mil veces más después, si el tiempo de la vida terrena se prolonga—, se apresura incondicionalmente a actuar, ligándose sin condiciones por su elección al Absoluto. Es decir, se pone de nuevo *ante Dios*, pero ahora de una manera activa, haciéndole entrega de ese ser y de esa libertad que, en el momento constitutivo, Él nos donó para que se la ofrendáramos.

En este sentido, continúa nuestro autor, el milagro del amor infinito es que Dios nos dé el ser amoroso —y nuestra misma libertad—, y luego se dirija a nosotros como un aspirante a nuestro amor, como un modesto pretendiente, casi como un mendigo, pidiéndonos que enderecemos electiva y reduplicativamente hacia Él la libertad y el amor que Él mismo nos ha dado. La seriedad eterna de la vida —la opción total, el *aut-aut* definitivo— está toda aquí: en elegir a Dios en seguida y sobre todo, sobre mí mismo y sobre mi propia libertad, que es lo más íntimo y noble que poseo. En esa elección de Dios, repito, el hombre conquista radicalmente —y de forma creciente en las elecciones sucesivas— su propia libertad y su dignidad personal. De modo que lo que enriquece esencialmente a la persona —lo que añade dignidad sobre su dignidad inicial— es la relación amorosa que entabla con el mismo Dios personal —su voluntario estar *ante Él* y con las demás personas, en la medida en que, al menos implícitamente, las refiere a Dios.

c) Momento conclusivo

Se encuentra condensado en las palabras finales de la definición antes propuesta: «alguien delante de Dios y *para siempre*». La perfección terminal de la persona, lo que concluye y cierra definitivamente su grandeza —dando, al tiempo, razón de los momentos anteriores, de la dignidad constitutiva y electiva— es la presencia imperecedera *ante Dios* en la vida eterna, a través del conocimiento y del amor. Sólo desde esta perspectiva acaba de captarse el valor impresionante de la persona humana y de comprender el miramiento que Dios ha puesto en su creación y conservación. Sólo desde esta perspectiva, es decir, cuando se advierte que desde su principio, desde el mismo instante de su creación —que se confunde con la eternidad de Dios—, cada hombre estaba destinado a ser «un interlocutor del amor divino para siempre» (C. Cardona). En este contexto se explica que la *Gaudium et spes* afirme categóricamente: «La razón más alta de la dignidad humana consiste en la vocación del hombre a la unión con Dios».

Cabe distinguir, por tanto, en la persona humana y en su dignidad, dos *elementos* constitutivos: el acto de ser personal, que le confiere la nobleza inicial, no susceptible de mengua; y la relación amorosa siempre creciente, que, como fruto de la libertad, completa y concluye la dignidad incoada en el momento de la creación. Volveremos sobre este punto.

Algunas manifestaciones de la dignidad de la persona humana

En los apartados precedentes hemos descubierto el sentido en que puede afirmarse que el hombre es digno, y analizado el fundamento radical de su dignidad. Preguntémonos ahora: ¿existe algún medio concreto que nos haga patente ese valor, esa excelencia indisolublemente unida a toda persona? Entre los muchos posibles, vamos a analizar dos:

1. En primer término, la persona —toda persona— se configura como una realidad única e irrepetible y, por tanto, en el sentido más estricto del término, como algo *insustituible*. Desde un punto de vista más técnico, que empalma, con consideraciones esbozadas en el parágrafo anterior, esto mismo puede afirmarse haciendo ver que sólo las personas aportan una auténtica *novedad* al conjunto de la creación. En efecto, mientras los demás seres —plantas, animales— se encuentran de alguna manera contenidos en su propia especie, el hombre —cada hombre— se configura como una realidad irreiterable, no incluida en modo alguno en las personas de sus padres ni en el conjunto de todos los seres humanos: aumenta, si se me permite hablar así, la «cantidad de ser» (*quantitas essendi*) del universo. Desde este punto de vista, y con el lenguaje paradójico que le caracteriza, Kierkegaard pudo escribir en su *Diario*: «Tienen razón los pájaros cuando atacan a picotazos, hasta la sangre, al pájaro que no es como los otros, porque aquí la especie es superior a los individuos singulares. Los pájaros son todos pájaros, ni más ni menos. En cambio, el destino de los hombres no es ser "como los otros", sino tener cada uno su propia particularidad». Y, extremando todavía más la paradoja, agrega: «Hegel, como el paganismo, en el fondo hace de los hombres un género animal dotado de razón. Porque en un género animal vale siempre el principio: el singular es inferior al género. El género humano, por el contrario, tiene la característica, precisamente porque cada Singular es creado a imagen de Dios, de que el Singular es más alto que el género».

Una prueba palpable de lo que vengo diciendo nos la ofrece la absoluta diversidad entre los modos como nos comportamos con las cosas de las que nos servimos en nuestra vida diaria y con personas que nos rodean y a quienes queremos. A nadie se le plantea el más mínimo problema cuando, agotada la tinta de un bolígrafo o la cuartilla en la que está escribiendo, se ve obligado a *reemplazarlos* por otros. Ciertamente, existen excepciones a esta «regla»; pero, en lugar de oponerse a la afirmación que intento mostrar, esos casos «especiales» se configuran, a fin de cuentas, como la más estricta confirmación de la misma. Un diamante, pongo por caso, o una obra de arte (¡el original, no las reproducciones!), parecen gozar de un valor por sí mismos; pero esto sucede, nótese bien, en la misma medida en que constituyen un ejemplar único en su especie; es decir, en el mismo grado en que participan de esa propiedad que eleva hasta niveles insospechados la excelencia de las personas: su irrepetibilidad. Otro caso: con independencia de su coste material, que puede ser muy escaso, existen ciertos objetos a los que atribuimos un alto *valor* afectivo y de los que de ninguna manera querríamos desprendernos. ¿Por qué motivos? Por lo que, de manera genérica, denominamos su «valor sentimental»: porque pertenecieron a nuestro padre o a nuestra madre, a nuestros abuelos... o por haber sido el primer regalo —modesto, probablemente— que nos hizo quien ahora es nuestro marido o nuestra mujer. Es decir, y en última instancia, porque, en cuanto se relacionan estrechamente con una persona querida, ellos mismos se encuentran «personalizados». Pero fuera de estas circunstancias —y de otras similares que podrían señalarse— todos los objetos que utilizamos pueden, en principio, ser sustituidos por otros de características semejantes.

Por el contrario, ¿quién desearía reemplazar a su padre o a su madre, a su novio o a su novia, a su mujer o a su esposo, o incluso a sí mismo? Evidentemente, podemos pretender —y es muy noble— que todos ellos mejoren... pero sin dejar de ser *quienes* son; de forma semejante, cada uno de nosotros puede estar empeñado en una lucha encarnizada por extirpar los propios defectos: pero no está dispuesto a dejar de ser quien es (puesto que, entre otras cosas, *eso* supondría su efectiva extinción). ¡Toda persona —incluso plagada de taras y deficiencias— aporta al universo una contribución única e irrepetible, que hace de ella algo radicalmente irreemplazable!

Un último ejemplo, tal vez un tanto fuerte, pero —sin duda alguna— esclarecedor. Según sostiene —entre otros muchos— V. Frankl, el uso propiamente humano de la sexualidad exige necesariamente que el término de la misma sea una persona singular y concreta: única y no sustituible. En caso contrario, nos encontraríamos ante una genitalidad inmadura, deshumanizada. Y esto es lo que, de manera espontánea e irreflexiva, manifiesta el lenguaje común cuando —natural y frecuentísimamente— sustituye el término de prostituta por el de «una cualquiera». Con ello quiere señalarse que, por haber abandonado su singularidad, su carácter irrepetible —pues en cuanto «objeto» de goce sexual no es esta o aquella persona, sino una «cualquiera»—, ha perdido su condición estrictamente personal, degradándose —en la medida en que esto es posible— a la condición de cosa (que es lo que, etimológicamente, significa el vocablo «prostitución»).

Esta manera de enfocar el valor de la persona humana, poniéndolo en relación estrecha con su absoluta y radical singularidad irrepetible, presenta notables aplicaciones en el ejercicio médico y, muy en particular, en todo lo relativo a los dominios de la Bioética. En concreto, pone unos límites insoslayables —que habrán de determinarse en cada caso— a la *experimentación con seres humanos*. No hay razón válida, ni en la práctica médica ni fuera de ella, para transformar a una persona en un *simple instrumento* al servicio de otros fines que no sean los propios. No son motivos suficientes, ni siquiera, las aspiraciones en apariencia más nobles, como podrían ser el servicio al Progreso, a la Ciencia o —¡adviértase bien!— a la propia Humanidad. *Todo hombre* —también los embriones y quienes están llegando al término de su vida— tienen un derecho absoluto, derivado de su misma condición de persona, a ser considerado como un cierto fin; no cabe subordinarlo a causa alguna, por alta que ésta sea, *si ello lesiona su dignidad constitutiva*. *Todo hombre* ha de ser tratado como lo que es, como algo único e irreemplazable, provisto de unas características particulares y de un destino también peculiar, que en parte él mismo determina.

Por eso no se puede tratar a una *persona* enferma como «un enfermo más», casi como un número, como una de las «unidades» que pasan a engrosar el «género» de quienes padecen del corazón, del riñón, o se encuentran psíquicamente perturbados: una «unidad» en todo equivalente a los restantes componentes de dicho colectivo. Y por eso, sobre todo, resulta gravemente ilícito sacrificar *personas* humanas singulares y concretas, ¡irrepetibles!, en aras de esas abstracciones a las que denominamos «ciencia médica», «progreso científico», o —lo repito— «humanidad». Cada persona singular, insisto, es en sí misma inviolable.

2. En segundo lugar, cabe advertir el valor insigne de toda *persona* en cuanto que —a poco que reflexionemos— caemos en la cuenta de que la única actitud plenamente adecuada respecto a ella es el amor. Y esto, precisamente, *porque también ella tiene la capacidad de amar*, constituyéndose —por este motivo— como un fin en sí misma, como un auténtico bien o valor.

Tomás de Aquino lo afirma rotundamente cuando sostiene que lo que —al fin y al cabo— hace a un hombre bueno en sentido estricto es su buena voluntad: su actitud, manifestada en obras, de *querer* a los demás y perseguir el bien para ellos. Kant, por su parte, insiste en que la grandeza humana —que, efectivamente, plantea la exigencia pasiva de ser tratado como fin, a la que antes nos hemos referido— se manifiesta con mucha mayor claridad en la actitud activa correspondiente: el hombre es noble y digno, fundamentalmente, por ser capaz de amar y en la misma medida en que tiene aptitud para ello. Y Fichte y Schelling, que en cierto sentido se sitúan en las antípodas especulativas de Tomás de Aquino, concuerdan, sin embargo, en sostener que la eminencia del yo, lo que consagra su libertad y su autonomía, es la entrega a los otros; y que el egoísmo, por el contrario, mancilla y mengua la dignidad personal.

Todo ello permite enunciar que la particular nobleza del ser humano, y de toda realidad personal, queda recogida en la fórmula que los define como *sujeto y objeto de amor*. Se trata, también en este caso, de una descripción operativa, pero perfectamente adecuada, en cuanto se extiende a todas las personas y sólo a ellas y en cuanto remite nuevamente a ese rasgo constitutivo de la nobleza humana que es la libertad; en

efecto, como sostiene Millán-Puelles en *Sobre el hombre y la sociedad*, «el amor es la forma interpersonal de la libertad», la actitud en la que ese bien inefable que es el ser libre obtiene su más cabal expresión. Desde una perspectiva un tanto distinta, Unamuno subraya esta conexión intrínseca entre grandeza o dignidad personal, amor y libertad, cuando dice que «el amor personaliza cuanto ama», y que «sólo cabe enamorarse de una idea personalizándola» (*Del sentimiento trágico de la vida*).

De ahí que, en lo que está de nuestra parte, atentemos contra la respetabilidad de otra persona —y contra nuestra misma nobleza personal— cuando nuestra relaciones mutuas no están presididas por el amor. No quiere esto decir —la aclaración resulta un tanto superflua— que la única y exclusiva manera de establecer nexos con nuestros semejantes sea el amor: que, siempre y en cualquier circunstancia, nos «limitemos exclusivamente» a amar a los demás, no pudiendo entablar con ellos ningún otro tipo de conexión. Evidentemente, resulta perfectamente lícito instaurar con los otros relaciones comerciales, de enseñanza y aprendizaje, recreativas, etcétera. Pero como fondo común de todas ellas, o como ámbito o medio que las engloba y preside, debe hacer acto de presencia —¡siempre!— el amor (o, si se prefiere utilizar un término aparentemente más «neutro», pero que, en el fondo, se identifica con el anterior, un exquisito *respeto*). Se entiende ahora por qué Kant —recogiendo estos dos aspectos de las relaciones interpersonales— no excluye la posibilidad de que una persona pueda ser empleada (también) como medio —para conseguir comida, para adquirir conocimientos, para pasar un rato agradable—, pero exige que, en cualquiera de estas circunstancias, sea considerada a la vez como fin y, por tanto, respetada y querida.

La cuestión se torna más clara considerando de nuevo una realidad a la que en apartados anteriores hemos ya aludido: la creación. Hubo un tiempo, en la Historia de la Filosofía, en que ineludiblemente había que plantearse si el universo creado por Dios era el mejor de los posibles o si la omnipotencia divina podría haber dado a luz a un cosmos más perfecto, ya mejorando el realmente existente, ya constituyendo otro distinto. Contra el racionalismo extremado de Leibniz, es necesario afirmar que no existe *razón* alguna *suficiente* para que Dios creara el mejor de los universos pensables... ni para que creara ningún otro. La lógica que domina la dinámica de la creación no está compuesta por argumentos racionales apodícticos, sino por lo que Pascal denominaba las «razones del corazón». Con palabras más claras: la explicación de la existencia de todos y cada uno de los habitantes de nuestro cosmos y del conjunto de éste, es una sola: el amor. Y el amor —divino o humano—, aun cuando diste mucho de ser irracional, trasciende efectivamente las argumentaciones lógicas, se sitúa en un plano más elevado que, sin anularlos, supera infinitamente los fríos cálculos de la razón.

Fue, por tanto, el amor lo que movió a Dios a extraer de la nada, con su potencia infinita, la armonía pluriforme que constituye nuestro mundo. Pero en este contexto, como en cualquier otro, amar no es sino buscar el bien para el amado. En el caso de Dios, autosuficiente y omnipotente, amar significaba, en primer término, conferir la existencia a aquellos seres a los que deseaba comunicar su bondad; y, después, hacerlos partícipes de su propia dicha *en la mayor medida* en que esto fuera posible.

Ahora bien, siguiendo con esta lógica —la del amor infinito y sobreabundante—, compartir al máximo la propia beatitud equivalía a crear realidades personales, es decir, libres y, por eso, capaces de amar. Pues, en efecto, el mayor don que Dios puede transmitir a una criatura es el de introducirla en esa corriente de amor infinito que constituye formalmente al mismo Ser divino; con palabras más sencillas: la máxima ventura que alguien puede conseguir es la de amar en plenitud al objeto más digno de ser amado: es decir, a Dios.

Por consiguiente, si no cabe acudir al término «necesidad», pues sería volver a los planteamientos racionalistas que antes he rechazado y poner en entredicho la absoluta libertad de la actuación divina creadora, sí que puede hablarse, con San Agustín y Santo Tomás, de máxima congruencia o conveniencia: *supuesta en Dios la libre voluntad de crear*, era muy conveniente que diera el ser a realidades capaces de elevarse hasta Él por el conocimiento y el amor; era «necesario» que creara personas.

Tras estas observaciones, nos encontramos todavía más cerca de la clave definitiva que permite aquilatar la dignidad humana. Sin renunciar a todo lo dicho en apartados anteriores, añado ahora que *la nobleza del hombre radica en su capacidad de ser amado —¡Dios lo ha considerado merecedor de su amor infinito!— y, más aún, en su propia capacidad de amar*. Con otras palabras: la raíz última de la dignidad de toda persona humana estriba en el hecho de que el Absoluto —¡todo un Absoluto!— la ha considerado digna de su amor, destinándola, al crearla, a ser un «interlocutor del Amor divino por toda la eternidad» (C. Cardona). Ahí se encuentra, repito, el fondo más radical y la explicación postrera y definitiva de la dignidad de la persona humana.

El crecimiento y la disminución de la dignidad personal

Llegados a este punto, tal vez sea conveniente plantear una última cuestión. ¿Cabe incrementar o disminuir la propia dignidad personal o, por el contrario, ésta representa un valor estable, fijo e inalterable? Que no se trata de un problema ficticio puede advertirse con sólo recordar que a lo largo de estas páginas, por una parte, hemos hecho residir esa nobleza en «cualidades» o «propiedades» que cabría denominar *fácticas*: la condición de creaturas libres, la *capacidad* de amar y ser amados; pero, por otra, se ha aludido a aspectos fundamentadores de la excelencia personal que pueden encontrarse de forma graduada en los distintos seres humanos: el uso efectivo de su misma libertad o el ejercicio real y concreto del poder de amar.

La cuestión se resuelve, en su esencia, distinguiendo dos «momentos» o «aspectos» de la eminencia personal humana:

A) Una dignidad que podríamos calificar como «ontológica» o «constitutiva», irrenunciable e inadmisible, que pertenece a todo hombre por el hecho de serlo y se halla indisolublemente ligada a su naturaleza racional y libre. Desde este punto de vista, toda persona es digna de un amor y respeto fundamental, con independencia de sus condiciones singulares y de su particular actuación: todos los hombres, incluso el más depravado, tienen estricto derecho a ser tratados como personas.

Por consiguiente, y desde esta perspectiva, no hay «momentos privilegiados» en el surgimiento de la dignidad personal; o, mejor, existe un «momento» básico y fundamental: el de la concepción-constitución de cada ser humano. Como puede observarse, acabo de ligar, incluso de manera tipográfica, el momento de la concepción con el de la constitución de la persona humana. Añadiré inmediatamente que esta trabazón sólo puede asegurarse si los resultados actuales de la ciencia se ligan a determinadas reflexiones filosóficas:

a) Desde el punto de vista científico, parece hoy demostrado que, ya en el instante mismo de la concepción, se instaura una nueva vida, dotada de un dinamismo propio e intrínseco y, por tanto, perteneciente a sí misma, y no al padre y a la madre. Evidentemente, las relaciones de dependencia de este nuevo ser con respecto al medio —en este caso, el seno materno— son extraordinarias, hasta el punto de que, sin las aportaciones de la madre, esa nueva vida se extinguiría. Pero esto no invalida en absoluto la afirmación anterior; lo determinante, para nuestro caso, es que el nuevo individuo está dotado de un principio interno de despliegue que, efectiva y realmente, dirige y determina su evolución posterior; el que, en ese desarrollo, dependa también de causas extrínsecas no elimina en absoluto su individualidad y su pertenencia a sí, ya que esa relativa falta de autonomía no es *cualitativamente* diferente de la que se establece entre el neonato y su entorno o, incluso, entre las personas adultas y el ámbito que las rodea: tampoco éstas podrían subsistir ni desplegar sus íntimas virtualidades biológicas sin un fecundo intercambio con el medio ambiente. En todo caso, como acabo de insinuar, cabría establecer una diferencia *de grado*, pero no esencial, entre los supuestos considerados: el del embrión —tomando este término en su sentido genérico, que va desde su constitución como cigoto hasta el alumbramiento del feto maduro—, el del neonato y el del individuo humano desarrollado. Desde este punto de vista, la posibilidad misma de la fecundación *in vitro* representa una prueba, y bastante contundente, de lo que vengo afirmando: el embrión no constituye un apéndice de la madre, por el sencillo hecho de que también puede desarrollarse, en sus primeras etapas, en un medio de cultivo exterior al organismo materno.

b) En segundo lugar, la ciencia actual demuestra también que, en el desarrollo que se lleva a cabo desde el momento de la fecundación hasta el nacimiento, *no existe quiebra* alguna por la

que pudiera admitirse *un cambio en la condición* del sujeto de ese despliegue; en otras palabras, en el genotipo del cigoto está ya contenida la identidad biológica del individuo adulto y, en cierto modo, la fuerza radical que hará que el pequeño conjunto de células derivado de la fragmentación del cigoto se desarrolle hasta alcanzar el estado de embrión, feto, neonato e individuo adulto (siempre, como hemos dicho, con la colaboración del medio vital adecuado). La ontogénesis es un proceso continuo, en el que nada permite sostener que un individuo originalmente no humano *se ha transformado* en ser humano. Éstas y otras razones, que aquí no puedo reseñar, obligan al profesor Lejeune a hacer esta tajante afirmación: «Aceptar que después de la fecundación un nuevo ser humano ha comenzado a existir no es ya una cuestión de gusto o de opinión (...). No es una hipótesis metafísica, sino una evidencia experimental».

c) Por el contrario, sí corresponde a la Metafísica —o, en general, a la Filosofía— determinar, por una parte, que ese individuo humano constituye, por el simple hecho de serlo, una *persona*.

d) Y también compete a la Metafísica probar que, para la constitución de una persona humana, es necesaria —como antes veíamos— una particular intervención divina creadora: la que constituye el alma de ese nuevo individuo, infundiendo en ella el acto de ser; acto de ser que, desde ese mismo instante, el alma da a participar al cuerpo, erigiéndose así en principio radical de organización y desarrollo del nuevo ser personal.

Evidentemente, ningún dato experimental es *por sí mismo* suficiente para reconocer —como tampoco para excluir— la presencia de un alma espiritual. Por eso mismo no es misión de las ciencias positivas pronunciarse sobre este extremo. Pero sí es función de la especulación filosófica, tomando como punto de partida los datos suministrados por las ciencias y otros de experiencia ordinaria, probar racionalmente la existencia de ese espíritu vivificante. En este caso, los motivos que me mueven a sostener su presencia desde el primer instante de la concepción son los siguientes, expresados de forma compendiosa: 1) de una parte, y esto pertenece estrictamente a la Filosofía, el ejercicio de determinadas actividades de la persona adulta —en concreto, el conocimiento intelectual y el amor volitivo— resulta incomprensible sin la presencia vivificadora de un alma espiritual; 2) de otro lado, como acabamos de recordar, la ciencia demuestra que no existe fractura alguna en el desenvolvimiento que conduce al individuo recién fecundado hasta su estado de adulto, en el que esas actividades pueden ponerse por obra; 3) en tercer lugar, esa unidad de desarrollo resulta filosóficamente inexplicable sin la unicidad de un principio rector y organizador de todo el despliegue, fundamento que la Metafísica identifica con el alma espiritual y, más radicalmente, con el acto de ser personal; 4) por fin, la misma Metafísica enseña que ese principio vivificante no puede surgir sin una inmediata y directa intervención divina creadora. Por todo ello, puede concluirse que, *desde el mismo instante de la concepción, nos encontramos ante una persona humana, dotada de un alma y un acto de ser personales*, consecuencias de una acción divina creadora y, por consiguiente, *provista de toda la dignidad* que en apartados anteriores hemos esbozado.

De todo lo anterior puede deducirse, en primer lugar, que nadie puede ser discriminado en función de la etapa de desarrollo vital en que se encuentre ni, en el extremo contrario, a causa de la pérdida del pleno dominio de sus facultades superiores como consecuencia de la vejez; además, tampoco cabe discriminación alguna basada en las diferencias intelectuales o de eficiencia entre unos hombres y otros. Considerados desde este ángulo visual, los tarados y subnormales —incluso los más profundos— son tan merecedores del amor y respeto como las personas dotadas de la más egregia inteligencia. Cosa que resulta evidente si consideramos —volviendo a poner ante nuestros ojos el fundamento último de la dignidad del hombre— que también ellos han sido llamados a gozar del Amor del Absoluto por toda la eternidad. Como recuerda A. Fierro, «en el cielo no habrá subnormales. Como naciendo desde el muñón de su deficiencia, los tejidos espirituales de sus facultades crecerán hasta obtener su entera medida. ¡Qué vértigo de asombro invadirá a los subdotados al sentir abrirse el ángulo de su entendimiento y de su libertad! Tendrán el gozo grande de saberse hombres, de pensar sin tropiezos, de ver ensancharse hasta espacios holgados el reino de su albedrío. La personalidad será dueña de todos los recursos. El espíritu tendrá su talla completa, la plenitud de dimensiones (...) (del) varón perfecto» *(El subnormal, misterio de dolor).*

B) Por otra parte, es lícito hablar de una dignidad «añadida», «complementaria» o, si se desea utilizar un término más correcto, «moral»; una nobleza ulterior, derivada del propio carácter libre del hombre, de su índole de realidad incompleta, pero dotada de la capacidad de conducirse a sí misma a su perfección definitiva («el hombre es aquel ser que debe *llegar a ser hombre*», decía Jaspers). Si lo miramos desde este lado, ciertas personas merecen —valga la expresión— un «respeto suplementario», del que no son acreedores el resto de los mortales. Ahora bien, si tenemos en cuenta todo lo examinado hasta el momento, podríamos intentar responder a esta pregunta clave: ¿Cuál es —a fin de cuentas— el *único* criterio, la sola razón que, desde una perspectiva radical, fundamenta ese incremento de dignidad y de respeto?; y la respuesta no podría ser sino la siguiente: lo que hace de ella —ontológicamente— «mejor» o «peor» persona. No, por tanto, la riqueza, el poder o la posición social; tampoco la simpatía, el grado de saber, su ingenio o penetración intelectual; sino, en última y radical instancia, el uso que haya hecho de su libertad, el grado alcanzado en el ejercicio del amor.

Bibliografía

ARISTÓTELES: *Ética a Nicómaco.*

BOECIO: *Liber de persona et duabus naturis contra Eutychem et Nestorium.*

BOFILL, J.: *La escala de los seres*, Barcelona, Cristiandad, 1950.

CARDONA, C.: *Metafísica del bien y del mal*, Pamplona, Eunsa, 1987.

DERISI, O. N.: *Esencia y vida de la persona humana*, Buenos Aires, Eudeba, 1979

FABRO, C.: *Introducción al problema del hombre*, Madrid, Rialp, 1982.

FORMENT, E.: *Ser y Persona*, Barcelona, Universidad de Barcelona, 1983; *Persona y modo sustancial*, Barcelona, PPU, 2ª ed., 1984.

GARCÍA HOZ, V. (ed.): *El concepto de persona*, Madrid, Rialp, 1989.

GARCÍA MORENTE, M.: *Ensayo sobre la vida privada*, Madrid, Universidad de Madrid, 1977.

VON GEBSATELL, V. E. F.: *La comprensión del hombre desde una perspectiva cristiana*, Madrid, Rialp, 1966.

KANT, I.: *Metafísica de las costumbres*; *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.*

MELENDO, T.: *Fecundación* in vitro *y dignidad humana*, Barcelona, Casals, 1987.

MILLÁN-PUELLES, A.: *Persona humana y justicia social*, Madrid, Rialp, 5ª ed., 1982; *Léxico filosófico*, Madrid, Rialp, 1984.

QUILES, I.: *La persona humana*, Buenos Aires, De Palma, 1980.

RASSAM, J.: *Introducción a la filosofía de Santo Tomás de Aquino*, Madrid, Rialp, 1980.

ROVIRA, G.: *Die Erhebung des Menschen zu Gott*, Regensburg, 1979.

TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae; In quattor libros Sententiarum.*

WOJTILA, K.: *Persona y acción*, Madrid, BAC, 1980; *Razón y responsabilidad*, Madrid, Razón y Fe, 12ª ed., 1978.

3. MÁS ALLÁ DE LA CONFUSIÓN: RAZONES PARA LA PRIORIDAD DE LA BIOÉTICA

A. Polaino-Lorente

Introducción

La Bioética, a fuerza de significar tantas cosas puede acabar por no significar nada. Precisamente por eso, cada vez que se emplea este término suele acompañársele con un adjetivo o partícula, como para dar una mayor confianza y verosimilitud a aquello que se pretende signifique.

Hoy no parece que muchos se refieran con este concepto a una misma y única realidad; otros, sin embargo, ignoran por completo qué sea eso de la Ética. Por eso nada tiene de particular que ante el planteamiento ético de ciertas cuestiones, algunos se pregunten de qué ética se trata.

Pero, no obstante, por encima de las polémicas de escuelas y más allá de los nominalismos hoy en uso, hay que concluir que del hecho de que no se sepa con certeza dónde está hoy la ética médica —acaso porque se ignoran otros conceptos fundamentales que son previos a su conocimiento—, en modo alguno pudiera inferirse la inactualidad de esta disciplina. Antes al contrario: nunca las publicaciones de ética médica ocuparon un lugar tan relevante en el ámbito de la bibliografía científica mundial, como el que ocupan en la actualidad.

Pero veamos algunas de las deficiencias e ignorancias a las que acabo de aludir. A pesar de la vigencia social de los descubrimientos científicos, hoy se ignora, por ejemplo, qué sea la *ciencia*, confundiéndose las teorías con las hipótesis y éstas con los experimentos que se realizan, al mismo tiempo que algunos identifican las conclusiones que dicen obtenerse con las parciales interpretaciones —sumergidas en el *a priori*— que los autores hacen en un último intento por tratar de explicar la realidad.

Se ignora lo que es la *vida*, reduciéndola a las reacciones físico-químicas que se dan en ella o a sólo su estructura y función. Se ignora lo que es la *conciencia*, el *pensamiento* y la *voluntad*, que tratan de explicarse de una forma reductiva, fisicalista y, por consiguiente, insatisfactoria. Se ignora lo que es el *hombre* —al cual se le priva de la dignidad que tiene— y se ignora lo que es la *enfermedad* —tan interesados como estamos en sólo la búsqueda del placer, el éxito o el poder. Y, lógicamente, se ignora lo que es *bueno* y lo que es *malo* —conceptos sin los cuales no puede darse la Ética. Por último, se ignora quién es *Dios*.

¿Tiene algo de particular que después de tanta ignorancia tampoco se sepa dónde está la Ética, de qué criterios hemos de valernos para regular nuestro comportamiento? Y si no nos ocupamos seriamente en dilucidar los anteriores conceptos que, por el momento, continuamos ignorando, ¿puede afirmarse que en verdad es legítima la preocupación acerca de los planteamientos éticos?

Acaso la ignorancia de la Ética lo que pone sobre el tapete es la falta de unidad en la vida de los hombres, la ausencia de coherencia en el proyecto biográfico que día a día vamos realizando. El cambio vertiginoso que se ha operado en la cultura contemporánea —cambios durante los treinta últimos años, varias veces superiores a los cambios acaecidos en los tres últimos siglos—, puede hacernos confundir la importancia antropológica de las cuestiones formuladas con la inadvertencia y trivialización que éstas son sometidas por el contexto banalizador en que suceden.

El contenido de las cuestiones de Bioética es realmente novedoso, aunque bastante menos de lo que muchos piensan. Lo que en modo alguno resultan novedosas son las preguntas acerca del hombre, las cuales son hoy las mismas que las de ayer y, muy probablemente, idénticas a las que más adelante se hagan los clínicos de las futuras generaciones.

La falta de unidad de vida en el hombre contemporáneo constituye un importante escollo que es preciso salvar para el resurgimiento de la Ética. En un contexto social en el que al hombre todo le está permitido —uno de los grandes progresos experimentados por la sociedad denominada permisiva—, ¿puede acaso parecernos extraño que muchos no acierten a entender por qué no deben hacer esto y sí aquello?

Si el permisivismo les ha facilitado la aparición de hábitos de comportamiento impulsivo y meramente apetitivo, ¿puede parecernos extraño que ahora cueste tanto el hábito de la reflexión y del pensamiento? Si la legalidad no sólo no coincide con la moralidad, sino que a veces la contradice, ¿podemos asombrarnos de que haya tanto confusionismo? Si para realizar una cosa basta con que técnicamente pueda realizarse y la tecnología «de punta» se entiende hoy como el mayor de los progresos humanos, ¿cómo explicar que todo lo que es técnicamente posible no sea por ello, sin mas, éticamente aceptable? Si el hombre no tiene conciencia de que tiene conciencia y no piensa que piensa, ¿cómo suscitar en él la necesidad del conocimiento ético y de la formación de su conciencia?

Hay muchas razones que pueden explicar la confusión en que se encuentra el médico contemporáneo respecto a lo que debe hacer en cada caso.

Uno de estos conflictos puede originarse entre la *autoridad* (del legislador) y la *conciencia* (del que tiene que actuar) o, si se prefiere, entre autoridad subordinante (la del legislador) y la autoridad subordinada (la del que tiene que juzgar en cada caso sobre la conveniencia o no de llevar a cabo una determinada acción). En este conflicto se trasluce bien el enfrentamiento entre *legalidad* y *moralidad*, una vieja cuestión en litigio que, lamentablemente, según parece, cada vez estamos más lejos de resolver.

Este conflicto es todavía más complejo porque —si se me permite la expresión—, se está jugando a varias bandas: legislación médica y moralidad de los médicos; legislación ordinaria y moralidad de los médicos; y legislación médica frente a legislación ordinaria. De este modo, un mismo acto médico es juzgado simultánea o sucesivamente por *tres códigos diferentes*: el de la propia conciencia del médico, el código deontológico de la institución médica colegial y el código de la jurisdicción ordinaria. Cada uno de ellos está inspirado y fundamentado de modo muy diverso, siendo también diversas las finalidades que cada uno de ellos se propone.

La *conciencia* personal juzga nuestros actos. El *código deontológico* tratará de comprobar si aquella acción o comportamiento médico se atiene a las normas y recomendaciones que autorregulan la práctica de la profesión, tal y como esa institución colegial lo garantizó a la sociedad. Por último, el *código de jurisdicción ordinaria* verificará si tal conducta es o no legal, para sentenciarla como inocente o culpable y, en este segundo caso, imponerle la pena estipulada. Bastaría con tratar de correlacionar las sentencias que en base a esos códigos se han emitido para darnos cuenta de las divergencias existentes entre moralidad, legalidad y deontología profesional.

El perspectivismo ético

La multiplicación de las perspectivas desde las que se contempla y califica una determinada conducta ha de enriquecer, lógicamente, la observación que se obtiene. Pero como aquí las distintas perspectivas apenas son conciliables, nada de particular tiene que la imagen resultante de todas ellas sea una imagen caleidoscópica y de una complejidad muchas veces artificializada, por lo que con demasiada frecuencia resulta incomprensible y poco útil para el médico el determinarse a reflexionar acerca de cómo debe obrar ante aquel paciente en concreto.

La multiplicidad contradictoria de los puntos de vista aquí sostenidos no contribuye a observar mejor los problemas, sino a oscurecerlos y sumergirlos en la opacidad y el sin sentido de lo contradictorio y paradójico. De aquí que más que incitar al medico a la búsqueda y seguimiento de la virtud —a ser virtuoso en el desempeño de las tareas que son propias de su profesión—, suscite en él la duda —¡y hasta la repugnancia!— por encontrarse con que no sabe a qué atenerse y, en consecuencia, se ve empujado a dejar de actuar, a la parálisis en la toma de decisiones, algunas de las cuales resultan inevitables.

A todo ello se añaden las *dificultades* —objetivamente muy complejas y difíciles de resolver— ante la forzosidad de tener que optar por una decisión determinada que casi siempre resul-

ta muy comprometida, tanto para el paciente como para el médico. El incesante avance y progreso tecnológico de la Medicina ha hecho posible el que hoy nos planteemos cuestiones que, sólo cinco años atrás, serían propias de la ciencia-ficción.

Nadie se extrañará por ello que los códigos de Bioética y los códigos de deontología médica vayan cambiando de día en día. En realidad, un código, una codificación no es otra cosa que un conjunto de preceptos que inciden en un abanico muy amplio de comportamientos, en función de los principios y criterios en que aquéllos se fundan, y cuya veracidad ha sido verificada de algún modo. De aquí que su vigencia no sea fácil de modificar, en función de los cambios más o menos innovadores —y, por su propia naturaleza, pasajeros— que acontecen en ese contexto científico.

Una codificación ética tampoco debe confundirse con una especie de inventario —todo lo sistemático y completo que se quiera—, en donde han sido clasificados todos los comportamientos profesionales posibles o todas las situaciones cuyas peculiaridades demandan una determinada actuación profesional.

Dicho de otra forma: No es posible la codificación de la Bioética como un prontuario sistemático, práctico y demasiado fácil para el desenvolvimiento profesional, que tendría una duración transitoria y que estaría siempre a merced del despliegue vertiginoso y excesivamente acelerado a que nos tiene acostumbrados el progreso técnico. El fin que persigue una codificación, yendo más allá de la casuística, consiste en ofrecer al profesional un marco referencial —sólidamente fundamentado y articulado— que sirva para organizar y orientar las diversas alternativas que se ofrecen al obrar humano en el marco de la Medicina.

Nada de particular tiene que, ante éstas y otras muchas dificultades y conflictos, el médico se encuentre confundido y sin saber a qué atenerse. Como prueba de lo que acabo de decir, aconsejo al lector que consulte las obras de Gorovitz (1982) y de Lockwood (1985), en las que el término «dilemas» aparece en el título de ambas publicaciones. Ahora bien, plantear las cuestiones éticas subsumidas en simples dilemas constituye un modo de traicionar la compleja y proteica realidad de la persona humana y de la misma clínica.

La univocidad conceptual y la profanación de lo real

La exclusividad de lo exacto —positivismo científico— conlleva la negación de la analogía. Como dice Ballesteros (1989), «el pensar unívoco y exacto y la exclusión de la analogía serán responsables a partir de entonces y a lo largo de la Modernidad de escisiones y desgarramientos insuperables para la persona y el mundo. En efecto, el rechazo de la *analogía entis* y el puro pensar en términos de identidad —oposición que conducirá históricamente, bien a la negación de la identidad del hombre ante Dios (nominalismo, Lutero), bien a la negación de Dios ante la realidad humana (Marx, Nietzsche, ateísmo postulatorio)— y así sucesivamente a las falsas disyuntivas entre el individuo y la sociedad, origen del dislocamiento *individualismo* o *colectivismo*; entre el deber o la felicidad, que enfrenta absurdamente a puritanos y hedonistas... Este dislocamiento del mundo, procedente del pensar en términos de identidad-oposición y no en términos de diferencia-complementariedad, es precisamente lo que en el plano epistemológico demuestra la obsolescencia de la Modernidad».[1]

Un pensamiento construido únicamente sobre la univocidad conceptual, forzosamente ha de afirmar la noción de *subjectum*, y con ella el engreimiento de quien tiene la falsa convicción de disponer de una ilimitada voluntad de dominio. Surge así el individualismo, que por su afán de exactitud asignará números a todo cuanto conoce.

Siguiendo al autor antes citado, puede afirmarse que la pérdida del contacto inmediato con las cosas y la infraestimación del oído frente a la vista, configuran una importante escisión entre sujeto y objeto. La hegemonía de la vista garantiza la exigencia de exactitud de la ciencia contemporánea, pero la transformación del hombre moderno en mera perspectiva genera el desencanto del mundo y la nostalgia de lo real.

«En efecto —continúa Ballesteros—, lo sagrado en su desvelamiento va unido fundamentalmente al sentido del oído, ya que Dios nunca puede ser visto, mientras que sí que puede ser oído. La racionalización de la vista como forma exclusiva de conocimiento conduce a la profanación de lo real: todo puede ser visto y, por tanto, nada hay sagrado (...). Desde el primado de la vista, se pierde la conexión profunda silencio-canto-encanto-entusiasmo-adoración-misterio»[2].

[1] BALLESTEROS, J., *Postmodernidad: Decadencia o resistencia.* Madrid, Tecnos, 1989, p. 23.

Si la experiencia de lo sagrado está hoy un tanto desleída, como acabamos de observar, forzosamente habrá de dificultarse todavía más el fundamento ético de la toma de decisiones del clínico, puesto que se le ha hurtado el marco de referencias al que naturalmente podía apelar para su orientación. Surge así la perplejidad ante el hecho de no saber qué es lo que se debe hacer.

Acaso por eso sea muy numerosa también la bibliografía disponible sobre cómo tomar decisiones en cada caso (cfr., por ejemplo, Israel, 1983; Scorer y Wing, 1983). En otras ocasiones, los especialistas en Bioética —conscientes como son del escaso tiempo de que dispone el médico y de lo urgido que está a tomar decisiones— han optado por ofrecer prontuarios (Jonsen y Siegler, 1982; Campbell y Higgs, 1982), en los que, al modo de un «vademécum», puede realizarse la pertinente consulta de un modo muy rápido.

Desafortunadamente, la mayoría de los problemas que se consultan —sea por su complejidad o por las circunstancias en que acontecen— no se encuentran en los textos o lo que allí se aconseja no es pertinente para la toma de decisiones que continúa urgiendo al clínico. Por todo esto, aquí se ha optado por tratar de exponer, de una forma sucinta, aquellas cuestiones fundamentales —tanto desde la perspectiva del clínico como de la muy necesaria fundamentación de la Bioética— que pueden servir al médico y a los profesionales de la salud para tomar decisiones.

No se nos oculta que los problemas siguen en pie y que detrás de cada conflicto se alza un bosque erizado de complejas dificultades por lo que, a fin de cuentas, ningún profesional es sustituible en ese arriesgado instante de la decisión, como tampoco su responsabilidad resulta delegable a lo que se dice en este o en aquel texto de Bioética o de Deontología Médica. En definitiva, que cada uno debe arriesgarse a ejercer su libertad, a sabiendas de que ese riesgo no sólo le compromete a él, sino que también le hace poner en un arriesgado juego a su misma libertad. Ante esa conclusión no parece que haya otra salida que la de formar rectamente la propia conciencia, deber al que, por otra parte, cualquier profesional —sea o no médico— está siempre obligado.

Algunos pensarán que a ciertas aportaciones del progreso médico —llámese ingeniería genética, psicofármacos o trasplantes de órganos— debieran corresponder nuevas decisiones y modos de intervención por parte del médico; que ante el progreso indiscutible de la Medicina se precisa una nueva codificación, un nuevo código ético. Otros, por el contrario, demasiado afincados en los textos tradicionales, rechazarán sin más cualquier innovación a este respecto. Entre conservadores, aperturistas e innovadores, el médico ha de pronunciarse y ha de hacerlo siempre en favor de la libertad y del respeto al paciente.

Por mucha que sea la confusión actual sobre ciertas cuestiones éticas, es un hecho cierto que ningún médico puede renunciar a emitir juicios morales, juicios éticos en el desempeño de su profesión. Y esos juicios, lógicamente, deben estar bien fundamentados, deben vertebrarse hincando sus raíces en dos criterios muy diferentes: de un lado, en el propio conocimiento de la ciencia médica y, de otro, en el no menos importante de la reflexión acerca de los criterios éticos. De esta manera, ambos criterios —el clínico o científico y el ético o deontológico— acaban siempre por encontrarse, coincidiendo o discrepando, pero contribuyendo, a fin de cuentas, a dilucidar las cuestiones que más tarde permitirán la toma de decisiones que para cada enfermo resultan más convenientes.

En algunos contextos profesionales, el balanceo entre ambos criterios juega a favor de las ciencias médicas y en contra del aprendizaje de la Ética. Eso hace que la confusión sea todavía más profunda e intensa, ya que la miopía adoptada en la perspectiva desde la que se contemplan los criterios éticos en el acto médico constituye una importante limitación, una angostura demasiado relevante que acaba por empobrecer, sesgar y dicotomizar las propias decisiones del clínico.

Llegados a este punto cabría preguntarse: ¿Innovación o inmovilismo? Quien esto escribe considera que ninguna de las dos opciones —por radicalizadas y poco contrastadas— son convenientes. Tanto daño se podría hacer por rechazar los criterios deontológicos tradicionales como

[2] Ídem, p. 21.

por oponerse, también *a priori*, a ciertos criterios bioéticos innovadores.

En Bioética nada es viejo ni nada nuevo; todo depende de cuál sea la fundamentación del criterio ético, que no puede estar sino al servicio del hombre. No olvidemos que, en primera y última instancia, el hombre es siempre lo que más importa.

Una ausencia muy difícil de justificar

Por otra parte, la crisis moderna de la Bioética ha coincidido con otro hecho académico y curricular, no por ello menos importante. Me refiero, claro está, al hecho de que en la mayoría de nuestras Facultades de Medicina se haya abandonado, en las dos últimas décadas, la enseñanza de la Deontología y de la Ética. Este error ha contribuido poderosamente a intensificar y profundizar hasta su magnificación la confusión que ya existía acerca del comportamiento ético entre los profesionales de la salud.

Conviene recordar aquí que la Bioética no es una disciplina que interese sólo a los especialistas que la cultivan: la ética médica interesa a todos los médicos y a todos los profesionales que de una u otra forma están relacionados con las ciencias de la salud, además de, como es lógico, a los especialistas en Ética.

Razonablemente no puede dejar de ser así, ya que en el ámbito de la Medicina contemporánea los problemas éticos se plantean de forma tozudamente insistente. Es muy difícil encontrar un solo acto médico que, de alguna forma, no interpele a la Ética o que al menos no la implique.

Por eso, resulta cuando menos absurdo la aplicación reductiva de la Bioética a solamente la resolución de algunos casos clínicos planteados, por otra parte, como excepcionales. La casuística clínica también se ha diversificado en la misma medida en que el ejercicio de la Medicina se ha ido especializando. La pluralidad de los casos clínicos es algo cada vez más divergente, lo que exige una mejor y mayor fundamentación Bioética de las actuaciones de los profesionales de la salud.

En consecuencia con ello, no parece que podamos responder a la fundamentación del quehacer médico desde una Bioética del caso clínico. En la mayoría de los problemas a los que se enfrenta el médico las decisiones que hoy se le ofrecen son múltiples, como los propios enfermos son diversos unos de otros, como tal vez las intervenciones que se proponen son más divergentes que convergentes. Tal multiplicidad, pluralidad y divergencia contribuyen a la confusión y a la imprecisión; dicho de otra forma, contribuyen a la ambigüedad ética que, sin embargo, debería iluminar el concreto quehacer clínico. Pero más allá de la confusión y por encima de ella, el médico debe continuar interrogándose en su búsqueda rigurosa de cuál debe ser su modo de comportamiento en esa concreta actuación.

En la Bioética tampoco resulta convincente o útil el atenimiento al empleo de recetas. Y es que también las llamadas ciencias biomédicas deben enfrentarse con un reto cada vez más exigente y complejo: con experimentos que se circunscriben en el ámbito de lo difícil, de lo completamente innovador, en el que ni el objeto ni el método, ni los criterios pautados que deben aplicarse en cada caso concreto están previamente establecidos.

De aquí la necesidad imperiosa e inaplazable de esa reflexión profunda que debe hacer todo clínico a la hora de establecer cuáles son los criterios, los principios, los puntos de referencia, los fines de su obrar profesional.

La ignorancia de la Ética, por parte del aprendiz de médico, no le va a frenar en su toma de decisiones, puesto que él es la persona insustituible que tiene que enfrentarse a esta toma de decisiones. Lo que sí podrá hacer es consultar, siempre que lo necesite, con el especialista, tratar de formarse mejor, de enriquecerse con el auxilio indispensable del diálogo con otros especialistas. Esto significa que la Bioética se nos hace hoy patente como una ciencia resuelta y decididamente multidisciplinar, es decir, como una disciplina en la que, sin subordinación alguna, el médico y el especialista en Bioética deben entrar en franco y abierto diálogo. Las razones aducidas líneas atrás —y otras muchas que podrían invocarse y que no podemos mencionar aquí para no alargar innecesariamente este texto—, demuestran la obsolescencia y torpeza de la medida por cuyo defecto se suprimió la enseñanza de esta disciplina en los *curricula* de nuestras Facultades de Medicina.

He aquí algunas de las numerosas razones que podrían aducirse en favor de la prioridad de la Ética. Más allá de la confusión hoy existente —o precisamente por ello—, lo que se alza hasta constituir un reto inacallable para los profesiona-

les de la Medicina y de las ciencias de la salud es, sin duda alguna, el primado ético de su comportamiento profesional.

Del mismo modo que nadie niega la prioridad del espíritu sobre la materia o de la persona sobre las cosas, así se manifiesta también la superioridad de la Ética sobre la técnica. Se pone de manifiesto, una vez más, que persona, espíritu y Ética son conceptos que se inscriben en un horizonte mucho más relevante —por más humano— que el ámbito epistemológico ocupado por términos como cosa, materia o técnica.

Y es que la técnica por sí sola no es suficiente, poco importa la brillantez de los resultados que con ella se obtengan. Es, sobre todo, preciso el esclarecimiento y conocimiento de aquellos principios que permiten al profesional conducirse como el ser que es: una persona cuya libertad y dignidad no pueden subordinarse a ninguna instancia extraña o ajena a su propia conciencia bien formada, por ser ésta —en último término— la que ha de decidir y tutelar la conducta personal y la que, posteriormente, también ha de juzgarla.

Por eso, más allá de la confusión y cuanto mayor sea ésta, mayor vigencia y prioridad tendrá el conocimiento de la Ética sobre el de cualquier otra disciplina científica, por rigurosa que ésta sea.

La imposibilidad de renunciar a la Ética

La Ética es tan necesaria para el hombre que aun desde el propio comportamiento anético se reclama su presencia. La Ética se manifiesta como una disciplina irrenunciable. Esto es lo que está aconteciendo en la actualidad. Basta, por ejemplo, con considerar lo que está sucediendo respecto al denominado «ensañamiento terapéutico de los animales». La revista «Newsweek» recogió en sus páginas hace bien poco que los animales —especialmente los perros domésticos que tienen una función de compañía para matrimonios sin hijos y personas mayores— están siendo objeto en la actualidad, por parte de sus dueños, de un ensañamiento terapéutico con tal de prolongarles la vida más allá de donde es factible.

Transcribiré algunos datos de los que comunicaba esta revista: sólo en Estado Unidos hay 117 millones de perros, a los que se ha prodigado la atención clínica más minuciosa y sofisticada a través de las numerosas clínicas veterinarias allí existentes.

Muchos de estos animales son hoy objeto de tratamientos quimioterápicos, diálisis, trasplantes de órganos, cirugía ocular contra las cataratas, etc., todo lo cual ha encarecido, lógicamente, el cuidado de la salud de estos animales: sólo en 1990 se pagaron seis mil millones de dólares a estas clínicas veterinarias en Estados Unidos.

Ninguna de estas intervenciones se hizo a fin de que progresase la investigación experimental. Todas esas intervenciones se llevaron a cabo con un fin exclusivamente terapéutico —tan terapéutico como cuando parecidas intervenciones a las aquí realizadas se emplean en el caso del hombre— o para prolongar las vidas de estos animales.

Con esto algunos piensan que es forzoso reconocer que toca a su fin el período en que pueda investigarse en los animales. Pero de no poderse investigar en ellos, ¿dónde comprobará el científico básico las nuevas moléculas, las nuevas técnicas de intervención quirúrgica, antes de aplicarlas al hombre?

El problema es todavía más grave, puesto que aquí no sólo se ha tratado de rectificar o sanar algún proceso patológico que padeciesen estos animales, sino que se ha ido mucho más lejos: se ha tratado de prolongarles la vida, con un afán obstinado y casi obsesivo. Con modos de proceder como éste se incurre explícitamente en el ensañamiento terapéutico, noticia denunciada por la revista citada.

Cuando menos, resulta paradójico que muchos de estos animales se atiendan hoy en las unidades de cuidados intensivos de espléndidas clínicas veterinarias y que, al mismo tiempo, haya personas en aquella comunidad que, necesitándolos para sobrevivir, no puedan beneficiarse de esos mismos medios terapéuticos.

Tanto ha sido el volumen de negocio generado por este comportamiento que hoy más de cien mil animales se benefician de prestaciones sanitarias a través de las compañías de seguros y de las pólizas suscritas por sus dueños.

El articulista se hacía eco de una fuerte protesta contra este ensañamiento terapéutico de los animales domésticos y no tenía inconveniente alguno en invocar la Ética, precisamente para corregir ese comportamiento anético del hombre. Esto constituye un mero ejemplo, de

los muchos que podrían traerse aquí, que demuestra que la Ética continúa siendo una disciplina irrenunciable, incluso aunque sólo fuera para corregir el comportamiento anético de algunas personas.

En todo lo relativo a la salud humana lo que acabo de afirmar resulta de una pujanza arrolladora. Y en el ámbito de la clínica, esta pujanza no sólo es conveniente sino también irrenunciable, puesto que constituye un derecho inalienable de los pacientes.

Ética y Medicina

Las relaciones entre Ética y Medicina, a pesar de su complejidad, son mucho más cercanas y fluidas de lo que en un principio cabría suponer. No hay ningún acto médico que de una u otra forma no acabe por inscribirse en el perímetro de la Ética. Ahora bien, los actos médicos no pueden calificarse de éticos o no apelando sólo a los estrictos conocimientos científicos que de la Medicina se tenga.

De alguna manera, los actos médicos se autotrascienden, es decir, trascienden los límites de la ciencia médica en que se encuentran varados, cuando se les considera desde una perspectiva ética. Dicho de otra manera: no hay una justificación inmanente desde la perspectiva de la propia Medicina respecto de la ética del comportamiento clínico. Por eso, como escribe Polo: «Esta carencia de justificación inmanente comporta la subordinación de una ciencia a otra. La subordinación no anula la autonomía, dentro de sus propios límites, de la ciencia subordinada»[3].

Desde esta consideración hay que decir que la Ética es la ciencia subordinante respecto de la Medicina, así como la Medicina es la ciencia subordinada respecto de la Ética. A pesar de estas relaciones de subordinación —relaciones que transitoria y circunstancialmente, no se olvide, instala a una y otra disciplinas en la difícil e inestable posición de ciencia subordinada y subordinante, respectivamente—, la Medicina es autónoma.

Tal autonomía en nada resulta amenazada respecto de las relaciones de subordinación que mantiene con la Ética. Más aún, si la Medicina no fuera autónoma, muy difícilmente podría subordinarse a la Ética. Si la Medicina es subordinada es porque la Ética le inspira, le presta, la ilumina con sus primeros principios. Pero la Medicina es también autónoma porque es ella la que ha de responder frente a la Ética. Si la Medicina no fuera libre, si no fuera autónoma, no podría responder frente a la Ética.

Convengamos, por consiguiente, en que la Medicina respecto de la Ética tiene la necesaria autonomía como ciencia que es, pero está subordinada a aquélla, en tanto que el comportamiento médico ha de ser calificado desde otra instancia, la Ética, que no se identifica ni confunde con los disciplinas médicas.

Y esto ocurre siempre. Por eso, como dice también Polo: «La Moral siempre aparece. Es artificial refugiarse en la neutralidad ética de la propia ciencia, detenerse en unos límites que el hombre puede rebasar (...). Por ello mismo, la neutralidad astrológica de las ciencias que estudian el comportamiento de la sociedad pone de manifiesto que están subordinadas a la valoración ética. La subordinación permite la autonomía, la requiere porque la ciencia subordinante pone alternativas»[4].

La Ética, por consiguiente, no nace del conocimiento mayor o menor que se tiene de un hecho médico, sino, precisamente, de esa ampliación de alternativas que tienen que ver con la libertad humana. Si el comportamiento médico incide en la Ética es porque afecta, por que atañe al ser humano y, precisamente por eso, la Ética tiene siempre la última palabra.

Si no fuera así, si no existiera el ser humano, el bien y la libertad humanas, la misma Medicina estaría hundida en su propia perplejidad, porque con sólo los datos técnicos, únicamente se puede optar por una decisión técnica pero no por una decisión humana. Pero he aquí que, en el ámbito de la Medicina, toda decisión técnica recae siempre sobre el sujeto humano. Por consiguiente, como no es objeto propio del estudio de la Medicina el bien, ni la libertad, ni la dignidad humanas, estrictamente hablando, sino las técnicas que hacen posible, mejoran u optimizan la salud —que es parte de ese bien, pero no el bien moral total del individuo—, es lógico que esa toma de decisiones rebase con mucho el bien delimitado perímetro de la Medicina.

Para la toma de las decisiones médicas es lógico que no se apele a sólo los datos de la técnica —por muy avanzada que ésta sea—, sino que hay que tener muy en consideración aquellos datos provenientes del ser en el que hay que aplicar esa tecnología, un ser como el hombre que es digno, que es libre y que, en función de esa dignidad y de esa libertad, tiende con su vida hacia un fin que le es propio. La consideración del fin de la vida humana es una de las variables relevantes que hay que reintroducir entre los datos que configuran el problema de optar por una de las decisiones que en la práctica clínica se nos ofrecen.

[3] POLO, L., *¿Quién es el hombre?* Madrid, Rialp, 1991.

[4] Ídem, pp. 102-103.

La Bioética, el filósofo y el médico

A la hora de explicar lo que sea la Bioética, es lógico que volvamos otra vez sobre sus raíces, sobre esos principios filosóficos, iluminadores de la naturaleza humana, por cuya virtud nos aproximamos a entender lo que es el hombre. Pero difícilmente con sólo esos principios podemos hoy conformar el comportamiento ético del médico. El despegue tecnológico y el avance progresivo de la Medicina plantean una multitud de aconteceres, situaciones y contextos innovadores en los que las intervenciones han de llevarse a cabo también de una forma innovadora. No escandaliza que en ocasiones el filósofo humanista desconozca o ignore el completo alcance de estas situaciones.

De otro lado, se ha comprobado también que la experiencia humana y clínica y la formación avezada del especialista en el estudio riguroso de las cuestiones científicas planteadas —aunque sea incluso desde la perspectiva empírica y experiencial— tampoco son suficientes, a pesar de que, en ocasiones, contribuyan poderosamente a comprender mejor —y tal vez a explicar— el porqué de estas realidades clínicas.

Por eso, lo ideal sería que la Bioética descansase tanto en la Filosofía como en la Medicina, en el filósofo como en el médico o, incluso, en el médico-filósofo, con tal que tal título sea compatible con el ejercicio de la práctica médica y no sirva al enmascaramiento y ausencia u omisión de tal práctica.

Cuando el médico ignora los fundamentos filosóficos de la Ética, es posible que opte —sin apenas percatarse de ello— por una Bioética demasiado experiencial, demasiado empírica y clínica y tantas veces vacía y sin la debida robustez. Como veremos más adelante, las solas razones empíricas jamás justifican el comportamiento médico —sino más bien al contrario—, sin que con esto esbocemos, por el momento, cuáles hayan de ser estas relaciones entre la Ética y la Medicina. Pues si desde la perspectiva de la Ética —como disciplina de los primeros principios— la Medicina le está subordinada, desde la perspectiva de la clínica —entendida ésta como el contexto científico donde surgen los problemas y hay que encontrarles solución— los primeros datos aportados a la Ética provienen siempre de la clínica.

Es típico en ambientes de influencia empirista, como lo es el mundo anglosajón, que se traten los problemas éticos desde un punto de vista que no sobrepasa la experiencia inmediata. Éste parece ser el caso de numerosas publicaciones acerca de si se debe retirar o no la ayuda externa a un enfermo terminal y en vida vegetativa[5], en donde se detecta una carencia importante de principios filosóficos que permitan juzgar situaciones críticas de la vida humana, o lo que es peor, hay una vergonzante críptica metafísica acrítica en todo empirismo, que pasa por no ser metafísica. En otras palabras, la idea de que todo debe reducirse a un puro empirismo, de que la Ética, por consiguiente, es cuestión de investigación empírica, no es nada empírico, sino más bien lo contrario, una acrítica metafísica subrepticia a estos planteamientos.

El especialista en Bioética ha de tener una vocación bifronte. De una parte, debe estar familiarizado con el estado actual de los conocimientos científicos, a la manera como éstos se presentan hoy en el contexto clínico, cuyo quehacer tratan de iluminar. Pero, de otra, el especialista en Bioética debe hundir las raíces de su formación humanista en el ámbito de la Filosofía Moral, de manera que pueda juzgar con suficiente conocimiento de juicio los hechos que al clínico se le presentan. Ignorar o renunciar a cualquiera de estas dos vertientes, forzosamente ha de suponer un flaco servicio a la Bioética.

[5] Mi agradecimiento al doctor Víctor Velarde por sus sugerencias en lo que se refiere a algunas de estas notas. Cfr. WALL, M. G.; WELLMANN, N. S.; CURY, K. R.; JOHNSON, P. M., «Feeding the terminal ill: dietitians attitudes and beliefs», en *Journal of the American Dietitic Association*, 91, mayo 1991, pp. 549 y ss.

El resurgir de la Bioética

Para evaluar el estado actual en que se encuentra una ciencia y su validez social, disponemos hoy de indicadores fiables y precisos. Esos indicadores son cuantitativos y corresponden a estudios bibliométricos, en los que se analizan las diversas publicaciones científicas que se producen en el mundo respecto de una determinada disciplina, evaluando el contenido de los temas más relevantes, la frecuencia con que un autor es citado, etc. Siguiendo estos indicadores, una de las disciplinas que tienen hoy mayor vigencia social (o que, al menos, ha resurgido con una mayor fuerza y pujanza) es precisamente la Bioética, sobre todo si comparamos el volumen de trabajos publicados antes y después de las dos últimas décadas.

¿A qué se atribuye esto? Resulta difícil dar una explicación sencilla. Sin duda alguna que el progreso incesante de las ciencias biomédicas ha tenido mucho que ver en este resurgir de la Bioética. Pero, quizás para adentrarnos en esta explicación haya previamente que estudiar cuál es la posición, qué cambios se han producido en los hombres de ciencias y de letras.

Hasta cierto punto sería válida la afirmación siguiente: el prestigio de los científicos —mejor, de los técnicos de las ciencias— eclipsa hoy la lucidez de los humanistas. En efecto, los *mass-media* dan ahora una mayor importancia, por ejemplo, a un trasplante de pulmón y corazón que al último libro publicado por un filósofo acerca de la libertad del hombre.

También se detecta este mismo empirismo en los juicios de apelación a la ciencia-técnica como topos del juicio ético. Esto es lo que parece observarse en la confianza de muchos juicios éticos en la respuesta de la técnica, prestigiada por sus avances[6]. Esto más que una solución Ética es una parálisis de la aplicación de principios éticos. Se suelen resaltar aspectos que la técnica produce ante la incapacidad de la Ética clásica para resolverlos[7].

Ahora bien, esto no significa que únicamente sea la ciencia la que está en el candelero y ni siquiera los científicos propiamente hablando. Antes de proseguir habría que hacer una importante distinción entre el investigador *básico* (el científico que se dedica al laboratorio y que es realmente el que descubre esos fenómenos) y el científico *aplicado* (el que aplica aquello que el científico básico descubrió). Pues bien, excepto honrosas excepciones —los científicos básicos que han trascendido las barreras de la opinión pública, quizás al recibir un premio Nobel—, hoy casi la popularidad es alcanzada en su nivel más alto precisamente por los científicos aplicados, que no son sino científicos aplicadores de técnicas y procedimientos descubiertos por el investigador básico.

Esto demuestra que la ciencia también se ha tecnificado. El prestigio de la ciencia está hoy, precisamente, en las manos de los técnicos de la ciencia. En cierto sentido, esto es lo que ha permitido que la audacia del científico se haya transformado en temeridad tecnológica en las manos de estos técnicos de la ciencia. A pesar del cierto malestar que esta información pueda causar en algunos, no obstante, en la mayoría de los lectores de periódicos seguirá suscitando una relativa fascinación, puesto que los hechos comunicados siguen siendo «noticia», que a la postre es lo que interesa y es socialmente deseable.

Así, los avances en genética han dado origen a nuevos problemas éticos, a los que se intenta dar una solución técnica (científica o jurídica), pero no estrictamente ética, en la medida en que lo ético ha sido absorbido en la técnica[8].

David Swinbanks se quejaba, durante una discusión en su conferencia sobre Bioética[9], del poco interés entre los científicos por las cuestiones éticas en torno a las repercusiones gravísimas del proyecto genoma humano, que es precisamente lo que más debería preocupar para la propia vida humana y su sociedad. Comenta que esta desidia científica por los problemas éticos es consecuencia de una dejación de deberes de una generación entera de filósofos, que han ido disolviendo los principios éticos en un relativismo.

[6] Cfr. BAYLAY, L. L., «Organ Transplantation: a paradigm of medical progress», en *The Hastings Center Report*, 20, 1, enero-febrero 1990, pp. 24 y ss.

[7] Cfr. NOLAN, K.; MILES, C.; ROSS, J. W., «Live sperme, dead bodies», en *The Hastings Center Report*, 20, 1, enero-febrero 1990, pp. 33 y ss.

[8] Esto se puede observar en el siguiente artículo, «Genetics and the public interest» (Editorial), en *Nature*, 356, 6368, abril 1992, pp. 365 y ss.

[9] Cfr. SWINBANKS, D., «Conference on the ethics of human genome research in Japan», en *Nature*, 356, 6368, abril 1992, p. 368

Frente a la popularidad y el prestigio mejor o peor ganado de los técnicos de la ciencia, la pregunta a la que hay que responder es la siguiente: ¿qué está ocurriendo, mientras tanto, con las humanidades? La imagen robot que de los humanistas se ha puesto en circulación, como un tópico estereotipado, es que son personas un tanto idealistas que no se dedican a nada empírico, sino más bien a construir las teorías abstractas y que, por descalificar lo concreto a lo que nunca se han dedicado, jamás bajan a la arena de las ciencias aplicadas, donde en verdad está el progreso científico.

De aquí surge el desprecio por las humanidades, lo que se traduce incluso en los ordenamientos academicistas y curriculares hechos por algunos gobiernos que consideran en tan poco a las humanidades que acaban por no invertir nada en ellas, adjudicando la mayor parte de los recursos disponibles para la investigación en lo que denominan «tecnología punta».

Por contra, la imagen estereotipada del científico se nos aparece como un hombre real, vinculado a lo concreto, y comprometido con lo pragmático. En una palabra, un investigador que es eficiente, porque allí donde hay un problema se reclama la presencia del especialista y el problema se resuelve. De aquí que su imagen esté hoy en alza y que haya acuerdo en que lo que la sociedad necesita hoy es de investigadores como el científico y otros profesionales especializados como él, que con el manejo hábil de una potente técnica acaben por resolver la dificultad que se había planteado.

Nada de eso, en cambio, puede pedirse al humanista. El humanista es el hombre de pensamiento, el hombre alejado de lo concreto, el hombre ensimismado en lo abstracto. Quienes así opinan, no se percatan de que nada es más práctico y eficaz que un buen pensamiento.

Tales visiones son, desde luego, distorsionadas y erróneas. Ni el humanista es tan abstracto ni el científico es tan concreto, como los pintan. Entre otras cosas, porque uno y otro son personas y la persona por estar abierta y ser irrestricta jamás podrá identificarse, superponerse y coincidir con cualquiera o todos los roles por ella desempeñados.

Por contra, desde otra perspectiva resulta que los humanistas están más pegados que los científicos a lo que interesa al hombre, a lo que es más concreto, justamente al revés de lo que parecía que sucede con los científicos. ¿Hay acaso algo más idealista que pasar treinta años observando durante ocho horas cada día el comportamiento de un virus a través de un microscopio electrónico? ¿Es que acaso es siempre eficiente modificar cientos de veces cierta secuencia de los aminoácidos que componen una determinada proteína para que otros comprueben, tras las modificaciones realizadas, si es metabolizada más o menos lentamente por una determinada bacteria? ¿Cuántos de los numerosos diseños experimentales que se llevan a cabo no tienen una aplicación práctica inmediata? ¿Qué se quiere significar, en el ámbito de la ciencia, cuando se emplean términos como eficiente, concreto, creativo, etc., para juzgar el comportamiento de un investigador?

A pesar de éstas y otras ambigüedades del lenguaje, el hecho es que así es como han procedido los científicos, los investigadores básicos y así es como han conseguido hacer avanzar a la ciencia. Todo lo han fundamentado, al parecer, en el método hipotético-deductivo, todo menos, naturalmente, las decisiones que tomaron en su propia vida y que obviamente les atañían personalmente de un modo acaso demasiado importante.

El científico, influido por el positivismo de nuestra época y por el empirismo pragmatista, sólo considera verdadero aquello que es objeto de cuantificación, de validación intersubjetiva, de medida públicamente contrastable por la comunidad de científicos. Sin embargo, para todas sus decisiones personales —algunas de ellas elecciones muy comprometedoras y fundamentales— como hacer amistades, casarse, encontrar un sentido a la vida, creer en la amistad, compadecerse del otro, es decir, las preguntas últimas o primeras que todo hombre se hace, aquellas en las que al hombre le va la vida, a estas preguntas el científico no sabe/no contesta a partir del método científico —que considera el único procedimiento riguroso— y de lo que acerca de la verdad dictamine o no la comunidad científica.

Es más, a pesar de sus conocimientos técnicos, el científico no sabe encontrar una solución a estos problemas que son los que verdaderamente importan a todo hombre. Y aquí el método científico-positivo, el método hipotético-deductivo —a pesar de su objetividad científica— no parece que constituya el procedimiento idóneo para la solución de estos problemas.

Desde esta perspectiva, el científico se nos revela como un especialista superpragmático e idealista. Por contra, el humanista, en cambio, es el que entiende de todas estas cosas que son las que de verdad importan para la vida. Quizás no sepa arreglar un coche o hacer que un ordenador procese mejor y más rápidamente la información por unidad de tiempo ocupando un espacio cada vez más pequeño, pero, sin embargo, aquellas cuestiones sobre la vida y la muerte, el honor y la vejación, la gloria y la frustración, el éxito y el fracaso, la justicia y al injusticia, la libertad y la esclavitud, sobre eso el humanista es el «técnico» que, a su manera, está llamado a resolver los problemas.

De este modo, el humanista se siente desvalido frente a las minucias concretas de tipo tecnológico mientras que el científico —con toda la potencia de las técnicas que maneja— se siente desvalido, sin embargo, ante los problemas más humanos en los que se juega su propia dignidad como persona.

Así las cosas, la ciencia, la cultura misma se encuentra hoy en una profunda crisis. En efecto, la relevancia de los avances biomédicos, la eficacia de los profesionales de las ciencias de la salud pueden llegar a ocupar una popularidad que parcialmente les es reconocida y obligada. Pero ello se hace a expensas o con el olvido de los hombres de pensamiento que, por el momento, han dejado de ser populares, acaso también por los errores que antes cometieron.

De este modo, parece haberse instalado en la conciencia del hombre de nuestro tiempo la sensación de que todos los sistemas filosóficos han fracasado y que, por consiguiente, la sabiduría hay que buscarla hoy en las técnicas.

Esta conciencia es por supuesto errónea, pero, ¿cómo se ha generado? Creo que hay algunas razones para entender por qué el hombre de la calle ha llegado a pensar así.

En primer lugar, porque, lamentablemente, muchos filósofos han conducido al hombre a donde éste no quería ir, dejando su propia dignidad y generando en su conciencia una confusión de la cual era muy difícil escapar. Desde esta perspectiva, los filósofos —a pesar de sus aciertos en otras muchas ocasiones— deberían algún día pedir perdón al hombre por haber contribuido a extraviarlo, a desorientarlo y a malconducirlo hacia donde precisamente la persona nunca quiso ir.

En segundo lugar, porque muchos humanistas llevan una vida muelle postmoderna y *light*, excesivamente ocupados en abrir su boca sublime para decir brillantes palabras en los salones de moda. Pero, sin embargo, hay pocos humanistas que decididamente pongan todas sus mejores energías a aquello que tanto preocupa al hombre: la solución de los conflictos que siendo propios del hombre le ponen en entredicho y constituyen un importante reto a nuestra actual cultura.

Una vez que nuestra sociedad se ha estructurado así, en que el éxito y el descrédito actúan como premios y castigos que sancionan unos y otros comportamientos, en que la popularidad de una parte y el olvido y la marginación de otra acaban por distinguir y generar una nueva clasificación de las personas que se dedican al cultivo de la inteligencia, es lógico que nos situemos en un nuevo frente con conflictos innovadores que deben ser superados.

Ahora sí que estamos en condiciones de explicar el porqué del resurgir de la Ética. El creciente prestigio de la Bioética —si nos atenemos a los índices bibliométricos que evalúan y cuantifican las publicaciones que sobre esta disciplina hoy se imprimen en el mundo— es un prestigio reactivo. Es el prestigio de la reacción frente a esa audacia de los avances tecnológico-científicos, que hoy raya en la temeridad. En cierto modo, podría decirse que la Ética tiene un prestigio respondente, que es mera respuesta al prestigio que tienen las ciencias positivas.

Desde otra perspectiva, el prestigio de la Ética y su resurgir es derivado y parcialmente negativo. En función de cuál sea el prestigio que adquiere una determinada rama de la ciencia, así la Ética se acrece o no. Nada de particular tiene, por ejemplo, que en la medida en que la economía ha constituido o se configura como el nuevo centro de todas las dimensiones humanas, inmediatamente haya tenido que surgir la ética de la empresa o la cultura de la empresa. Inicialmente la ética de la empresa no fue por sí misma tan brillante, popular y prestigiosa. Ahora ha sido arrastrada a ese prestigio en función de que las ciencias económicas han alcanzado también un mayor relieve, una cota más alta en la cultura de nuestro tiempo.

En tercer lugar, el resurgir de la Ética, su propia popularidad, se debe a que también ella misma se ha problematizado, se ha contaminado quizás de los conflictos que le plantean las distintas ciencias y ante los cuales no tiene una respuesta exacta ni objetiva que ofrecer y, por tanto, ella misma, en cuanto que ciencia, ha devenido en problema. Por eso no es de extrañar, aunque sí de lamentar, que en determinados contextos algunos profesionales de la Ética hayan caído en otro positivismo: el positivismo ético, según el cual sólo es posible aquello que degrada, rebaja y arruina precisamente la naturaleza misma de la Ética. Se diría que el positivismo ético ha desnaturalizado a la Ética, vaciándola de sentido y haciendo que el comportamiento ético se estudie sobre la platina de un microscopio, reduciéndose previamente a un mero hecho. Pero de esto ya nos ocuparemos más adelante a propósito de los distintos «ismos» que se dan y que se concilian en torno a la Bioética.

Por el momento, baste decir que hay que ser más cautelosos ante el supuesto y actual prestigio de la Ética, pues como hemos visto, en cierto modo, el resurgir de la Bioética actual está vinculado, en parte, al prestigio de la ciencia, de cuyo característico positivismo ella misma también se ha contaminado. En cierto modo, el prestigio actual de la Bioética va unido y vinculado a eso que se ha dado en llamar la «conciencia postmoderna» y mucho me temo que ambos fenómenos culturales, la conciencia postmoderna y el prestigio de la Bioética, sigan caminos paralelos y tal vez puedan correr la misma suerte.

La verdadera cuestión que debe plantearse hoy la Ética es si puede dejarse a la tecnología biológica, a sólo estrictamente los biólogos, las decisiones que en cada caso hay que tomar, o si, por el contrario, debe invocarse o apelarse a otra ciencia superior, la Ética, para determinar qué debe hacerse y qué no.

El siguiente caso puede servir de ejemplo de los innumerables problemas cuando las decisiones éticas se las deja a la suerte de la técnica o incluso a la suerte de la reglamentación jurídica separada (abstracta) de una ciencia ética en el sentido propio del concepto. El caso al que nos vamos a referir es el de Nancy Cruzan[10]. El ejemplo manifiesta el lado oscuro del poder de la técnica de la Medicina. A Nancy, una mujer de 32 años, se la ha mantenido en un estado vegetativo durante siete años a consecuencia de un accidente de tráfico. Su pronóstico era bastante desesperanzador: corteza cerebral atrofiada, sin embargo, podía sobrevivir de alguna forma durante bastantes años con el coste —nota el articulista— de unos 30.000 dólares al año. Sus parientes pidieron que se la retirara la sonda de alimentación, para que ella pudiera morir en paz. El juzgado concedió la petición, pero la Corte Suprema del Estado en donde sucedió el caso (a la sazón, la Corte Suprema de Missouri, Estados Unidos de América) revisó la decisión basándose en la incompetencia del Estado para decidir sobre cuestiones de preservar o no la vida de un enfermo terminal. La Corte Suprema de los Estados Unidos está todavía debatiendo actualmente el caso.

Evidentemente, la decisión que se tome, la argumentación que la respalde, y los principios desde los que se consideren relevantes será cruciales para las futuras decisiones. El artículo en cuestión que relatamos sugiere que los argumentos deben ir en un equilibrio entre los avances técnicos, control de los gastos de salud y el respeto al «sentimiento» de la mayoría (evitación del sufrimiento de los familiares, etc.). De esta suerte, se está reduciendo la Ética a la técnica más sentimiento, elementos ambos que entran dentro del poder de dominio político o no. En definitiva, parece haberse abandonado la Ética al simple poder.

La Bioética debiera estudiar y responder si la utilización de esta intervención clínica, por ejemplo, va en servicio del hombre o, por el contrario, utiliza y manipula al hombre contra su dignidad personal poniéndolo al servicio de la ciencia. La Ética debe señalar cuál es la instancia subordinante y cuál la subordinada en las relaciones entre el hombre y la ciencia. La Ética debe garantizar las relaciones entre la ciencia y la conciencia. La Ética debe dirimir qué cosas deben hacerse —independientemente de que puedan ser hechas o no— y qué cosas no deben hacerse —independientemente de que hoy sea mayor o menor la posibilidad tecnológica de hacerlas.

La Ética, por último, tiene que servir de contrapeso a los avances de las ciencias biológicas. Si dejásemos las últimas decisiones a sólo la Biología, incurriríamos o bien en un biologismo moralizante o bien en un moralismo biológico.

[10] Cfr. ANGELL, M., «Prisioners of technology: the case of Nancy Cruzan» (Editorial), en *The New England Journal of Medicine*, 17, 1990, pp. 126 y ss.

De ningún modo la Biología debe erigirse en la ciencia que no es. A la Biología no le compete juzgar acerca de aquello que no puede probar con su método hipotético-deductivo. La Biología no puede responder a cuál es el sentido de la vida o el sentido del dolor; o por qué dentro del hombre barbota ese sentimiento de anhelo de eternidad.

La tecnología científica, por muy de «punta» que sea, aparece desmochada y rota, roma y sin aristas cuando se aplica a la resolución de estos problemas. La luminosidad de las ciencias de la salud, cuando se plantean las últimas cuestiones que afectan a la vida del hombre, se mudan en oscuridad ciega. Las cuestiones que interpelan al hombre y cuestionan dónde está la verdad en ningún caso pueden ser contestadas sólo por la biomedicina, por muy desarrollada que esté en su tecnología. Hay que negar rotundamente la pretensión de que el cientifismo se convierta en un humanismo con capacidad suficiente de sustituir y reemplazar a la Ética. La insuficiencia del cientificismo para resolver las cuestiones últimas del hombre se ha mostrado con una importancia innegable en el moderno contexto científico.

Es difícil establecer dónde está la línea de separación entre Bioética y Biomedicina. Ni la Biología debe sustituir a la Ética ni la Ética debe sustituir a la Biología. Cada una de estas ciencias deben ser ontónomas y autónomas, aunque entre sí estén profundamente vinculadas y reobre una en otra y ambas recíprocamente se necesiten.

Por todo esto sería muy de desear la formación de nuevos profesionales que, en la medida de lo posible, estuviesen abiertos a ambos tipos de formación: la científica y la humanista, la biológica y la ética. De lo contrario, cuando un científico, sin la necesaria formación ética se dedica a hacer juicios éticos, muy probablemente se equivoque.

Pero el especialista en Ética, cuando realiza juicios éticos sin una formación suficientemente relevante y precisa de lo que es la Biología, de en qué consisten esos avances, muy probablemente también se equivoque. Y esto es lo que plantea un problema mucho más serio todavía puesto que por la división del trabajo y el progreso enorme de cada una de las ciencias, sean éstas la Ética o la Biología, resulta algo en la práctica inviable el estar al día en cada una de estas disciplinas.

Por eso quizás haya que, de una parte, intentar la formación de especialistas en ambas materias o que, por lo menos, sean ampliamente tolerantes y dialogantes con ambos tipos de especialidades aunque cultiven preferentemente una de ellas, o que tengan la formación filosófica suficiente a pesar de luego dedicarse a las ciencias biológicas, o al contrario, que tengan la formación biológica suficiente aunque luego se dediquen a las ciencias filosóficas. Lo ideal sería que emergiese un diálogo manso, fluido, profundo y eficiente entre uno y otro tipo de profesionales.

El método en Bioética

a) La primacía de la Filosofía Ética

Se ha discutido mucho si la Bioética es una ciencia nueva o es una aplicación más de una antigua ciencia. El problema surge cuando se observa que la Bioética tiene que habérselas con numerosos campos, algunos desconocidos para antaño. Esto es, la Bioética es una disciplina que entra perfectamente dentro de lo que se llama interdisciplinariedad[11].

Propiamente, la Bioética surge en Estados Unidos con motivo de una posible revisión de la legislación abortista, el tema de la ampliación de los plazos, la liberalización total del aborto, etc. De esta suerte, nace esta disciplina por intereses éticos sobre un aspecto de la vida humana en Estados Unidos alrededor de los años 60/70. La Bioética nace como una disciplina que se ocupa de conectar los principios éticos con las acciones humanas de la técnica biomédica en desarrollo.

La Bioética se ha estado aplicando en la mayor parte de los casos a cuatro campos de especial actualidad y relevancia, que por orden cronológico podrían ser los siguientes: 1.° el campo de la reproducción humana, como por ejemplo, la ética de los anticonceptivos, el valor moral de la esterilización, la fecundación *in vitro*, el manejo técnico de los gametos masculinos y femeninos, etc.; 2.° los trasplantes de órganos, especialmente, la extracción de un órgano cuando hay que decidir si el donante está aún vivo o no, etc.; 3.° la eutanasia, tanto activa como pasiva, la aceleración del proceso final,

[11] Cfr. SIDGWICK, H., *The Method of Ethics*, Londres, Macmillan, 1991, 7.ª ed.

mantener la vida por medios extraordinarios, etc.; 4.° la ingeniería genética, manipulación de genes, el proyecto «genoma humano», etc.

Todas estas cuestiones deben ser juzgadas desde la Ética, esto es, desde una visión estrictamente racional, lo que quiere decir, estrictamente filosófica y no meramente técnica. La Ética no debe ser absorbida y posteriormente disuelta en soluciones meramente técnicas —ya políticas, como jurídicas, y mucho menos biológicas, etc.—. Es muy importante que la Bioética se desenvuelva desde principios que estén por encima de la materia que trate, y para ello se debe contemplar el problema a resolver desde los principios básicos de la Ética, que todo hombre posee naturalmente. Lo contrario sería juzgar temas tan importantes y comprometedores de la vida humana desde presupuestos extraños a la Ética, lo que a la larga imposibilitará el entendimiento en cuestiones éticas, y por tanto, la solución de los principales problemas de la Bioética. En realidad, la corrupción de los principios morales implica una imposibilidad de acuerdo ético. Al respecto comenta Santo Tomás que «a la afirmación de esas tesis son conducidos en parte la maldad o perversidad humana, y en parte por las argumentaciones sofísticas, que son incapaces de superar»[12].

Para que se pueda superar la maldad desde un punto de vista humano no hay otra receta que proponer lo que está fundado en la verdad y, para ello, es necesaria la argumentación. Para superar lo segundo es también necesaria la argumentación con el fin de superar la ignorancia. En ambos casos parece necesario el razonamiento filosófico, fundado en los primeros principios éticos.

Etimológicamente, «Bioética» significa *vida y Ética*, y por tanto designa a la Ética y a la vida como sus partes. Esto no quiere decir, como se verá más adelante, que la Bioética sea una ética aplicada a temas específicos de la vida. Sino que el término «ética» es el elemento formal, mientras que «vida» será el elemento material. De aquí, que la Bioética sea una disciplina eminentemente ética y secundariamente —por su materia— de las ciencias de la vida (Medicina, Biología, etc.).

La tesis que aquí se va a mantener es que la Bioética es una parte de la Filosofía Moral o Ética, o simplemente llamada Ética. Más específicamente, la Bioética es la propia Filosofía Moral que se aplica a un campo o grupo de campos que la ciencia y técnica actual han desarrollado últimamente. De esta suerte, la Bioética tiene que habérselas con ámbitos como la experiencia de la clínica médica, de la investigación médica —tanto en su vertiente biológica como psiquiátrica—, así como con la experiencia de los legisladores, etc. La Bioética es una ciencia interdisciplinar cuya unidad está en los principios establecidos por la Filosofía Moral. Por esta razón, el método de la Bioética es el mismo método de la Filosofía Moral aplicado a los campos antes mencionados.

La Bioética es una ciencia moral tan aplicada como la Filosofía Ética, que consiste de los mismos principios y reglas de la Ética, la misma forma de argumentar, razonar, y el mismo proceso de fundamentar los juicios emitidos[13]. La Bioética no es un nuevo conjunto de principios o reglas útiles, sino la propia ética clásica que está siendo aplicada a un dominio particular de problemas[14].

Esta importante tesis parece ser participada por numerosos estudiosos del tema. Estudiosos como Beauchamp, Childress, Walters, incluso Pellegrino y Gorovitz entre otros, admiten que la Bioética es una parte (más que una aplicación práctica) de la Ética: es una ética médica[15], porque su campo material se restringe al de la actividad médico-científica.

[12] TOMÁS DE AQUINO, *Cuestiones disputadas sobre el mal*, q. VI, art. único.

[13] Cfr. CLOUSER, K. D., «Bioethics», en *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, The Free Press, 1978, vol. I, p. 116: «Medical ethics is a special kind of ethics only in so far as it relates to a particular realm of facts and concerns and not because it embodies or appeals to some special moral principles of methodology. It is applied ethics. It consists of the same moral principles and rules that we would appeal to, and argue for, in ordinary circumstances. It is just that in medical ethics the familiar moral rules are being applied to situations peculiar to the medical world. We have only to scratch the surface of medical ethics and we break through to the issues of "standard" ethics as we always know them».

[14] Cfr. Ibidem, «Bioethics is now a new set of principles or manoeuvres, but the same old ethics being applied to a particular realm of concerns».

[15] Para una discusión sobre este problema cfr. FISCHER, M. J. (ed), *Ethics, Problems & Principles*, Fort Worth, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Parte V, 1992, pp. 213-250.

b) Objeciones a la tesis

Se pueden hacer al menos tres objeciones importantes. La primera surge del hecho ampliamente aceptado de que la investigación en Bioética es interdisciplinar. Ahora bien, si la Bioética tiene que tratar en su mayor proporción con otras disciplinas que no son la Ética, ¿cómo puede decirse que el método nuclear de la Bioética coincide con el de la Filosofía Moral? ¿No podría ser la Bioética una ciencia derivada de la clínica médica, de las ciencias jurídicas, etc., ya que tiene que ver con ellas directamente y, por tanto, su método variar según la ciencia de la que depende?

Una segunda objeción puede ser la siguiente. La Bioética ha sido realizada en su mayor parte por teólogos, de los que son muy pocos los que deban llamarse filósofos de la Ética. ¿No se ha de decir, entonces, que la Bioética pertenece más al campo de la Teología que al de la Filosofía Moral? Es decir, parece que el método empleado será el de la Teología.

Una tercera y última objeción sería la siguiente. La novedad de muchos de los temas con los que la Bioética trata, hace de esta disciplina un reto para la Ética, como de hecho lo está siendo. Esto sugiere que la Ética no estaba equipada para tratar convenientemente con cuestiones surgidas por algunas de las nuevas ciencias, tecnologías y formas de control de conducta. Por ello, es mejor considerar a la Bioética como una naciente disciplina con sus propios problemas y métodos.

Estas objeciones, aunque pueden ser importantes en distinto grado, no afectan, sin embargo, a la tesis que se ha mantenido. Se puede contestar a la primera objeción de la siguiente manera. En la mayoría de los problemas teóricos, la aplicación de la teoría moral o de los principios básicos a los problemas reales de la vida, requiere casi siempre una atención cuidadosa a los hechos. La enorme complejidad de la terapia médica y de la investigación biológica ha hecho surgir la importancia de la Moral en estos campos, que se ha llamado Bioética. Desde su comienzo, los problemas éticos en la Medicina han estado íntimamente relacionados con los problemas jurídicos y sociales que ello comporta, constituyendo en su origen el cuerpo naciente de la Bioética. Esta interdisciplinariedad de comienzo ha llevado a decir a no pocos autores, que el método de la Bioética es un método interdisciplinar, y no prestado de la Filosofía Ética[16].

Obviamente, la Bioética exige la atención esmerada a la complejidad de los casos específicos y a los tipos de experiencias propios de los profesionales de la Medicina clínica y de otros investigadores próximos a este campo. Debido a esto, algunos moralistas han sostenido que es sustancial el contacto con la clínica lado a lado con los profesionales de la Medicina, y que esto debería ser una de las partes «sustanciales» de la Bioética, sin lo cual no existiría de ningún modo esa disciplina[17].

La segunda objeción también señala la pluralidad de métodos en este campo, pero ahora propone que todos esos métodos se dan entrelazados en un solo razonamiento de justificación moral que tiene su centro en el pensamiento teológico. Pero propiamente, la Bioética no es un solo campo sino muchos, y no debido a las muchas aplicaciones que el pensamiento teológico tiene en los diferentes campos de la ciencia, sino porque el pensamiento moral teológico que ha venido tratando los problemas de Bioética proviene de un variadísimo campo de formas de entender la teología. Por ejemplo, la Teología Católica, la Judía, la Luterana, etc., que no tienen la pretensión de ser una esfera de común investigación. Sin embargo, cualquiera que sea la ruta que han escogido, han empleado deliberadamente los métodos del análisis filosófico como un camino para ir más allá de las fronteras de su comunidad de fe. Esta tendencia es expresamente reconocida por la mayoría de los moralistas[18].

---

[16] Cfr. MORISON, R. S., «Bioethics after two decades», en *The Hastings Center Report*, 11, 2, abril 1981, pp. 8-12.

[17] Cfr. SIENGLES, M.; PELLEGRINO, E. D., «Teaching medical ethics», en *Journal of the American Medical Association*, 241, 1, enero 1979, pp. 27-28.

[18] Cfr. GUSTAFSON, J. M., *The Contributions of Theology to Medical Ethics*. Milwaukee, Marquette University Press, 1975, p. 1: «A person whose primary field of interest is theology can contribute to literature about ethics and medicine without articulating the theological grounds for the arguments and judgements that are made. When the theologian does so, he or she is functioning primarilly as a moral philosopher who is working out a particular theological moral point of view. To do so is not necessarilly an act of deception, either of oneself or of others. Frequently the failure to develop the theological grounds for one's work in medical ethics steams from lack of interest in those grounds on the part of participants in the discussion of clinical moral issues. Frequently it steams from the effort to be persuasive on such grounds as diverse persons can agree upon; often to introduce theology becomes an unjustifiable reason for one's secular colleagues to discount what one might say about medical ethics».

Para mejor o para peor, los métodos hermenéuticos de la Teología no han tendido a formar un método esencial de Bioética (aunque han figurado en el ámbito de influencia de la Bioética), lo que no obsta para que se les haya otorgado, merecidamente, un cierto reconocimiento.

La tercera objeción caracteriza la Bioética como una disciplina que tiene a la Filosofía Moral como una de las partes nucleares de la Bioética, o mejor, como uno de los muchos campos más de la interdisciplinariedad propia de la Bioética, aunque es una disciplina de suma importancia. Pero como observa Clouser, los problemas surgen dentro de la Medicina como resultado de posibilidades y circunstancias inusuales que no fueron contempladas antes por la Ética clásica. Estos problemas incluyen lo que es naturalmente dado y que es modificado por la ingeniería genética.

La Bioética sería la respuesta de la Ética tradicional a problemas que nos urgen en nuestra época y que han surgido en virtud de nuevos descubrimientos y aplicaciones finas de la tecnología. Pero esto no demanda un nuevo tipo de ética. No se trata, pues, de forzar a la Ética a que encuentre nuevos principios para que atienda las nuevas demandas sociales, los nuevos problemas que surgen al utilizar la ciencia-técnica de nuestro siglo; ni se trata de fundar nuestros juicios éticos en bases diferentes a las que tradicionalmente ha acudido la Ética, sino de estudiar el modo de aplicar los principios a la nueva situación[19].

c) El sentido de una Ética aplicada

Respecto de lo anterior, se puede mantener que el método central de la Bioética —aunque no el único— es el que se emplea en la Teoría General de la Ética. Siguiendo una forma tradicional de clasificar, la Bioética es una de las disciplinas subordinadas de la ética aplicada[20]. Esta división no quiere entrar en el viejo problema de si la Ética es siempre una ciencia aplicada, o mejor, una ciencia práctica por definición, como Aristóteles apuntó, a saber, que no es una ciencia para expandir nuestras ansias de conocer, sino para transformar nuestra conducta. Parece, por consiguiente, que todo trabajo teórico en este campo es necesariamente aplicado. Se ha de tener cierto cuidado en no dejarse llevar por los paralelismos: no es lo mismo hablar de una ética aplicada, que de una matemática o física aplicada, que suponen un cuerpo de principios teóricos antes admitidos y estudiados. Lo que se llama Bioética —ética médica—, ética de los negocios, ética jurídica, etc., es de alguna forma también una ética teórica. Si esto es así, entonces la Bioética no puede ser una subrama de la ética aplicada, como antes se apuntó, o como el término «aplicada» sugiere. Más bien, la Bioética es la misma Ética en otros usos de los habituales, con los mismos métodos y cuestiones encontrados en cualquier lugar de la Filosofía Moral.

Este punto que se acaba de discutir es más importante de lo que aparentemente deja traslucir. Pues, como se ha hecho notar, es un tópico común entre los bioéticos caracterizar su campo como «ética aplicada»[21]. Por tanto, o bien generalmente se realiza una mala descripción de lo que es la Bioética como una ética, o bien representa una caracterización de lo que algunos de los estudiosos del tema entienden realmente por esta materia. Si es esto último, entonces hay que decir, desde el punto de vista tomado, que el tratamiento a los temas de Bioética no será correcto por un vicio de fondo: se carece de un análisis ético. Esto debe ser así, porque parece haber la idea de que existe una ética puramente «teórica», es decir, una ética de sólo principios que luego ha de buscarse su aplicación a diferentes campos. Una ética así entendida no es una ética del intelecto práctico, no es una disciplina dirigida al obrar, sino que posteriormente al establecimiento de los principios se busca su aplicación al obrar. Hay, pues, en esta forma de entender la Ética un error de concepto de fondo, y en consecuencia una probable incorrecta metodología.

d) La Bioética como la aplicación de principios recibidos

La metodología que se ha descrito y que considero errónea suele estancarse en una dialéctica

---

[19] Cfr. CLOUSER, K. D., «Bioethics», en: *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, The Free Press, 1978, pp. 115-121.

[20] Cfr. SINGER, P., *Practical Ethics*, Nueva York, Cambridge University Press, 1979.

[21] Se ha mantenido en parte esta terminología tan común en Bioética, aunque con las precisiones que se han dado en este apartado.

de conflictos. Uno de los problemas típicos que esta metodología suele encontrarse es una aguda dificultad para aplicar los principios al problema, al que suele vérsele como un conflicto, que para muchos parece denotar una insuficiencia de los principios[22]. Esto es lo que me parece que sucede con obras de importancia en Bioética como la de Beauchamp y Childress[23]. Es usual en esta forma de proceder, comenzar por establecer los principios muy generales, que suelen coincidir con los del utilitarismo, para pasar posteriormente capítulo a capítulo a discutir las cuestiones propiamente bioéticas.

No se quiere negar con esto la necesidad de establecer principios éticos universales, algo que es necesario admitir, sino separar de tal manera los principios del obrar mismo. Lo que se quiere indicar con fuerza es que los principios éticos están en la misma acción ética y no separados de ella. Es la prudencia la que hace que esos principios no queden desligados de lo práctico. Por el contrario, la Bioética que se ha descrito suele ser ajena a los juicios prudenciales, pretende establecer leyes y principios, un cuerpo de reglamentaciones que suele entrar en conflicto con la propia acción moral. Este proceder en Ética es muy frecuente entre concepciones pragmatistas, utilitaristas de la Moral. No hay, pues, una moral teórica y abstracta, y otra concreta y aplicada, sino una sola Moral con distintas partes subjetivas. El punto es que el análisis moral no puede reducirse a un proceso de identificación y aplicación de principios morales; es necesaria la introducción de una teoría de la prudencia, que tan frecuentemente falta. Los principios generales hay que saberlos aplicar, no existe una aplicación mecánica de ellos. Y esta «sabiduría práctica» no es derivada de ciencia teórica alguna, no es aprendida en los principios generales, es poseída, tenida mediante el ejercicio de las virtudes, y especialmente hay que resaltar la de la prudencia.

En conclusión, la Bioética no es una ciencia aplicada de la Ética, sino una parte subjetiva, que requiere especial atención en nuestra época. La Bioética es fundamentalmente Ética y no una ciencia sincrética. Esto sugiere que la metodología propia es la de la Filosofía Ética, y no la prestada por otras ciencias, aunque aporten elementos de gran interés que se han de valorar como lo que son y no como algo que constituye la esencia del método de la Bioética. Los fundamentos de la Ética son los mismos que los de la Bioética, a saber, los fundamentos de una metafísica del bien[24].

e) Bioética y Metafísica

La Bioética es una disciplina eminentemente filosófica, y como tal encontrará sus principios más profundos en la Metafísica. Que hasta ahora no haya sido considerada por la Filosofía no quiere decir que no sea filosófica. Muchas de las actividades filosóficas aparecen cuando son instadas por los problemas vitales.

La propia práctica vital ordinaria ya dispone de reglas tradicionales, normativas de la conducta ordinaria sobre las que normalmente se pregunta poco. El progreso técnico nos ha ampliado de un modo extraordinario las posibilidades de acción, de tal forma que las reglas tradicionales no parecen encontrar una solución: hace falta repensar el problema desde sus principios. La incapacidad de respuesta de la vida ordinaria, de las ciencias jurídicas, de la actividad política, etc., obliga a recurrir con urgencia a la Filosofía. La Filosofía Ética debe indicarnos lo que está permitido y lo que no lo está, no de cualquier forma, sino de una manera suficientemente fundada, racional, pública y comunicable, que se pueda enseñar. Es necesario dar respuestas claras y fundadas. Mientras la Filosofía calle y haga dejación de deberes, podrá suceder lo que propone un conocido médico australiano: utilizar mujeres cerebralmente muertas pero con las constantes vitales en regla, para implantar embriones.

La Bioética tiene sus principios y conclusiones en la Filosofía Moral, y por tanto, como lo hace la Ética, toma sus principios de la Metafísica, que a su vez ésta toma de la noción de persona. Esto quiere decir que la Bioética funda sus juicios en última instancia en la noción compleja de persona humana.

La Metafísica, en este sentido, se revela como una explicitación de lo ya contenido en la naturaleza humana, pero tratado de un modo científico, es decir, explicativo, recurriendo a las causas de las cosas. Se puede decir que la Metafísica es un desarrollo técnico de una premetafísica natural. Por tanto, la Bioética parte de principios que ya se dan en la propia naturaleza humana y que la Metafísica explicita. Se trata, pues, con otras palabras, de formalizar y estructurarlo, explicitar lo implícito, distinguir lo que es todavía oscuro, etc., que constituye en un sentido amplio lo que se puede llamar el sentido común[25].

La Filosofía es inseparable de la propia vida humana; el comportamiento humano, de una forma u otra, reclama la Filosofía, y la Filosofía, si es auténtica debe hundir sus raíces necesariamente en lo humano. La Metafísica es una ciencia estrechamente relacionada con el hombre, humanística, por ser en primer lugar sabiduría, y en este sentido es la más humanística, porque relaciona al hombre con el aspecto más importante de su vida, *con el origen*, que es lo que en definitiva da sentido a su vida, y da sentido, por tanto, a las valoraciones morales de sus acciones humanas. Esto arroja luz de por qué la Metafísica es fundamento de las valoraciones en Bioética. La Metafísica es una sabiduría, lo que implica que se pregunta por las últimas cuestiones, por el origen, con el intento de juzgarlo todo desde él; de esta suerte, la Metafísica puede explicar mejor que cualquier otra ciencia el valor de la persona humana, su destino y finalidad, lo que es esencial en la fundamentación de la Bioética.

La metafísica que necesita la Bioética es aquella que explique de qué forma la persona humana es fundamento de las valoraciones éticas, es decir, se requiere una explicitación de una Metafísica de la persona.

f) La persona como fundamento de la Bioética

El principio fundamental de la Bioética que la Metafísica descubre es el de la suprema dignidad de la persona humana sobre los otros valores humanos. Sólo el hombre es persona entre los vivientes corpóreos. Esto quiere decir que el hombre supera en valor a todo lo material, natural o artificial. Todos los bienes de la Tierra, cualesquiera que sean, son inferiores a la persona humana. Luego el ser de la persona es el bien más valioso que el hombre puede contemplar en su entorno, es el bien de máxima dignidad entre las cosas que rodean al hombre.

La noción de persona es compleja, tiene muchos aspectos que contemplar y tener en cuenta, pero de entre ellos el que más interesa a la Bioética es el de la libertad. Desde este punto de vista, la libertad, especialmente la libertad de elección, constituye un fundamento próximo de las valoraciones morales en las ciencias de la vida.

La razón de esto último es sencilla: siendo la libertad lo que permite al hombre cierta autocreación, con todo aquello que se lo impida o que lo deteriore se estará obrando éticamente mal. La naturaleza humana nace completa, pero lo necesario para la perfección de la persona es todavía incompleto, por ello debe completarse, perfeccionarse, y la máxima perfección que el hombre logra es a través de su libertad. Por eso, las acciones técnicas, científicas, etc., que limiten esta forma de perfeccionamiento humano, están alienando su persona, yendo contra el valor fundamental y, por tanto, debe calificarse ese obrar como ilícito.

La persona humana es origen de un proceso y fin de una actividad constituyente voluntaria y libre. El hombre nace necesitado de perfeccionamiento, que mediante los actos libres, puede completar, consiguiendo a través de ellos una alta perfección personal y humana. Este aspecto libre de la persona humana es lo que la diferencia —en parte— de lo que es puro y simple individuo, es decir, de lo que es sólo individuo y nada más. Persona es ciertamente individuo, pero no sólo, es además-de-individuo. La persona humana, al ser más que un mero individuo no es tampoco una mera parte de la especie humana ni de la sociedad humana. El ser puro miembro de estas totalidades no caracteriza al hombre como novedad radicada en su libertad, es decir, como originalidad y autenticidad. Originalidad, porque la perfección subsiguiente del hombre se origina libremente. Autenticidad, porque todos sus actos tienen la impronta de su origen, son intransmisibles: sus acciones son sólo suyas, pero no sólo esto, sus acciones tienen dueño: el hombre es dueño de sus

[22] Cfr. STERBA, J. (ed.): *Morality in Practice*, Belmont, CA, Wadsworth, 1988.

[23] Cfr. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1979.

[24] Para este importante tema pueden verse entre otras pruebas importantes la de Wolff por tratar ya más directamente problemas de Bioética, WOLFF, R. P., *Foundations of the Metaphisics of Morals with Critical Essays*, Indianapolis, Bobbs-Merril, 1969.

[25] GARRIGOU-LAGRANGE, R., *El sentido común*, Madrid, Palabra, 1980, p. 81.

acciones. Lo auténtico se opone a lo vulgar, a lo despersonalizado. De aquí que una ética despersonalizada es una ética vulgar, que ocurre cuando se orilla a la persona como fundamento, cuando se utiliza a la persona no como fin, sino como un medio, a semejanza de un útil para otras necesidades. Éste es el caso de «utilizar» embriones —personas— como si fueran herramientas, utensilios para otros fines que no son la perfección de su persona. Se vulgariza la dignidad de la persona, se la cosifica. En forma metafórica se podría decir que hay cara pero no rostro, traducción de «hay individuo pero no persona».

Lo vulgar no tiene historia, la persona tiene historia. La historia de la persona es la historia de sus actos libres, de sus decisiones que se fundan en la libertad. Dentro de esta forma de pensar se pueden distinguir dos niveles de persona: 1.ª persona en sentido fundamental, que es de suyo inadmisible, aunque no se la reconozca y se la aliene como cosa, vulgarizándola, y 2.ª persona en sentido derivado, que es algo que el hombre debe conseguir con sus actos libres, la perfección adquirida, lo que constituirá su historia. Un hombre tiene historia propiamente si se ha constituido su persona en este segundo sentido.

Según estas anotaciones, se puede hablar de «llegar a ser personas», que es lo que la Ética procura realizar. El ser personas es el fin de la Ética, y por consiguiente, el fin también de la Bioética. En este sentido, no se es simplemente persona, sino que se hace persona por los actos libres. Pero este sentido de persona no es el que fundamenta las valoraciones éticas, sino aquel que caracteriza al hombre como un ser de igual dignidad que los demás. La dignidad humana se funda en parte en esa capacidad para perfeccionarse libremente, pero no en el hacerse persona (de lo contrario se daría el caso de que unas personas tienen más dignidad que otras, habría personas que lo son más que otras). No obstante, aunque no sea la dignidad en sentido fundamental, de alguna forma, hay personas con más dignidad «adquirida» que otras, en la medida en que su persona adquirida está más cerca del fin propio del hombre. En cualquier caso, la Ética debe fundarse en la persona en sentido fundamental, origen del desarrollo subsiguiente.

Estos breves análisis manifiestan la importancia de conservar el concepto de naturaleza humana para que no se disuelva el fundamento de la Ética en un historicismo, o en las decisiones políticas, técnicas, etc.

En sentido primario y fundamental, «persona significa lo que es más perfecto de toda la naturaleza: esto es, el subsistente en la naturaleza racional»[26]. Persona es el nombre que se da a los individuos de naturaleza racional, al subsistente racional. El concepto de persona no es el de un universal de naturaleza, no es un predicado que atribuya naturaleza racional. Aunque todos los términos universales significados por los nombres comunes significan algo universal, el de persona no funciona así, pues se dirige a un individuo, pero a un individuo que posee la naturaleza racional. Este individuo es en el que se funda la Bioética, y que posee la máxima dignidad. Por esta razón, por la peculiaridad del ser persona, su absoluta individualidad y racionalidad es algo buscado por sí mismo y no por otro, esto es lo que manifiesta el valor y dignidad de la persona. Mientras que los demás individuos pueden ser utilizados, ser buscados no por sí mismos sino por otro, a la persona siempre ha de buscársela por sí misma y nunca por otro, es decir, ser utilizada por otro. La persona marca la primacía de lo singular por su exclusivo interés por sí misma. La persona es fin en sí misma, única e irrepetible, tiene nombre propio.

Bioética y cambio de valores

Los imperativos éticos de cada etapa histórica han contribuido, qué duda cabe, a la renovación de la Medicina. Es lógico, hasta cierto punto, que esto haya sido así. En algún modo, allí donde no hay esfuerzo es muy difícil que haya dignidad; y la Medicina necesita mucho de ese esfuerzo para abrirse paso por entre las numerosas y objetivas dificultades con que tiene que habérselas cada día, en las tareas que realiza.

Pero ese esfuerzo debe sostenerse en algún principio o fundamento, de forma que no sea una consecuencia tan sólo de un posible voluntarismo irracional. La raíz y el fundamento de este esfuerzo es la dignidad de la persona de la que ya hemos tratado en otro lugar de esta publicación (cfr. cap. 2).

[26] TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I, q. 29, a. 3, in c.

Los diferentes valores personales, en una sociedad plural, sin duda alguna son ingredientes que inevitablemente ayudan al moldeamiento de la conducta humana. De aquí que para modificar ésta sea casi imprescindible modificar aquéllos.

¿Cómo se modifican los valores? Pongamos un ejemplo. Supongamos que para muchos el actual *consumismo* fuera considerado como un valor y, a lo que parece, un valor en alza y de gran eficacia para el moldeamiento de nuestra conducta. Hoy da la impresión de estar todo perfectamente amañado para que todos consumamos más.

Según los criterios imperantes, aquel que consume más —o mejor calidad— tiene una mayor relevancia social. Quien más consume en cantidad y en calidad parece ser más importante. Si el consumo está tan prestigiado es porque, de alguna manera, se ha alzado en nuestro horizonte vital como un importante valor, capaz de motivar nuestro comportamiento hacia su pronta consecución. Desde este horizonte axiológico, no parece que la Bioética pueda contribuir a hacer más valioso, a hacer más feliz al niño minusválido.

¿Cómo pueden cambiarse estos valores sociales? ¿Es posible conocer suficientemente los valores por los que cada persona se comporta del modo en que lo hace, en el amplísimo espectro axiológico contemporáneo? ¿Cuál es el perfil motivacional, construido con valores inequívocos, imprescindibles, legítimos e irrenunciables que sirven de coordenadas referenciales y orientadoras a nuestra conducta específicamente personal? ¿Consideran que es fácil su evaluación? ¿Conocen ustedes acaso los valores por los que personalmente ahora, hoy mismo, se mueven a obrar? ¿Tienen una jerarquía axiológica perfectamente establecida, de forma que si dos valores de esa jerarquía entran en conflicto saben en cada caso cuál de ellos debe subordinarse al otro?

Quien esto escribe tiene serias dudas de que muchos de nuestros conciudadanos —pacientes y médicos— tengan bien decidida la jerarquía de valores por la que se rige su comportamiento. De aquí que, si no los conocen, resulte muy difícil su transmisión de unos a otros.

Ahora bien, si no se les transmiten los valores que para ellos valen —valga la redundancia—, entonces, lo que les estamos transmitiendo —aunque no seamos conscientes de ello— son los valores por los que se guía nuestra actual sociedad, independientemente de que para ellos esos valores valgan o no. Y si, como parece, los valores que les transmitimos no valen para ellos, lo que les estamos enseñando apenas es útil para algo más que su propia frustración.

El hecho de no conocer los valores por los que nos guiamos no significa que no haya valores que dirijan nuestra conducta; significa tan sólo que la persona no ha reparado en ellos y que, por tanto, los ignora. Que los pacientes no sepan por qué valores se están moviendo no quiere decir que su conducta no esté regida por los valores que a ellos les mueven. Pero, ante tanta ignorancia o precisamente por ella, resulta muy difícil y complejo para el médico —tampoco es ésa su función— ayudar al paciente a elegir los valores que para él valen.

La confusión es muy grande, dado que lo que caracteriza a nuestro tiempo es lo más alejado y diferente a un sistema bien trenzado de valores homogéneos y congruentes.

Los valores que se leen en el periódico, los que privilegia esta o aquella prensa, ¿coinciden acaso con lo que magnifica la televisión? Y, a su vez, los valores magnificados por el cine ¿tienen algo que ver con los valores que padres y profesores enseñan y realizan en su conducta? ¿Cómo poder hacer coincidentes las discrepancias axiológicas con las que hoy convivimos?

Parece lógico que no podamos conseguir esto. De otra parte, aunque lo pudiéramos hacer, por ser el hombre libre, necesariamente acontecería otro tipo de enfrentamiento: el que se suscitaría por cada hombre frente a los restantes, como consecuencia de optar por ciertos valores personales, aquellos que cada uno personalmente elige.

Si de lo que llevo escrito pudiera deducirse algo, serían las dos conclusiones siguientes: primero, que la confusión (la permisividad y la falsa tolerancia) en el ámbito de la Bioética en modo alguno contribuye a mejorar la toma de decisiones que médicos y enfermos se ven obligados a realizar; y, segundo, que la formación de la persona en la libertad —que es tanto como decir en el autocontrol y al servicio de su comportamiento personal y del bien común— es uno de los pocos criterios que tal vez contribuya a reorientar la conducta humana hacia el rearme ético que tanto necesita nuestra sociedad. Ésta sí que es una forma de modificar los valores, simultáneamente que se respeta la

libertad personal de quienes optan por tal cambio axiológico.

Cada persona debiera conocer bien cuáles son los elementos y principios éticos de que se puede servir antes de decidir su futuro comportamiento de manera que, en consecuencia con ellos, aprenda a tomar las decisiones que éticamente son en cada caso más pertinentes.

A propósito de la fundamentación ética

La Bioética necesita hoy más que nunca volver sobre sus raíces, entender que las normas por las que se regula, los fines que propone al quehacer médico y las directrices por las que opta en su tarea de orientar el ejercicio clínico deben estar fundamentadas. Y esa fundamentación atañe explícitamente a muchas de las preguntas en las que el profesional de la Medicina se siente cada día interpelado. A modo de ejemplos, se formulan a continuación algunas de estas cuestiones relevantes: ¿Cuál es la naturaleza de este hombre que ahora estudio como paciente? ¿En qué medida estoy incidiendo o no en su libertad personal al tomar esta decisión? ¿Debo tomarla yo solo? ¿Debo solicitar su beneplácito o informarle para que sea él quien decida lo que se ha de hacer? ¿Cuál es, en última instancia, la finalidad a la que se ordena mi actuación? ¿En qué medida frustro o posibilito con mi actuación la satisfacción de los criterios de autorrealización personal por los que ha optado este paciente? ¿Se oponen las decisiones por las que el paciente ha optado a su vida, entendida por él como un proyecto? ¿Se oponen las decisiones por las que el paciente ha optado a los criterios éticos por los que se rige mi vida profesional? ¿Puedo resistirme a realizar o colaborar en la decisión por la que ha optado? ¿Conoce el paciente todas y cada una de las consecuencias que se derivarán de tomar tal decisión? ¿Contribuyo con mi actuación al crecimiento y desarrollo de esta persona, individual y socialmente considerada, hasta la optimización de su propio ser? ¿Qué más puedo hacer por ella?

No resulta fácil contestar a estas preguntas, cuya pertinencia nadie negará. La frecuencia con que estas preguntas se plantean cada día en la clínica, en ningún modo aminora el nivel de implicación del clínico; antes al contrario, lo intensifica y profundiza. A la natural dificultad que entraña responder a estos y otros interrogantes se añade el hecho de que muchas de las decisiones por las que habitualmente se opta no acaban de estar bien fundamentadas. Y es que, como decía Schopenhauer, «predicar la Moral es fácil, fundamentarla difícil». Y así continúa siendo: la fundamentación ética del comportamiento humano resulta una cuestión que, con ser ineludible, es siempre algo muy complejo y erizado de dificultades, como tendremos ocasión de estudiar en otros capítulos de este manual.

Antropología y Teología implícitas en la Ética

Los principios que vertebran el comportamiento ético se dirigen a todos los hombres de buena voluntad, cualquiera que sean sus creencias religiosas. Por eso en la Bioética que aquí se presenta no se parte de lo explícitamente revelado, ni de las verdades dogmáticas de la Iglesia Católica, aunque uno y otras, como es obvio, se tengan en cuenta.

Esto quiere decir que cuando la Bioética sale al encuentro del hombre, de todos los hombres, es porque el tema incide frontalmente en cada hombre, sea sano o enfermo, médico o paciente, y dado que a servirlo se dirige precisamente la Iglesia, es lógico que le resulte imposible renunciar o desentenderse de estos problemas. Por consiguiente, no es que la Iglesia quiera imponer a todos los hombres, con ocasión de la Bioética, las verdades que le han sido reveladas —aunque mejor fundamentado estaría nuestro comportamiento ético si siguiéramos las directrices de esas verdades— sino, simplemente, que no puede desentenderse de estos planteamientos éticos, pues, por incidir sobre el hombre al que tiene que servir, en modo alguno aquéllos le son ajenos.

En cualquier caso, conviene partir del hecho de que en toda Bioética, en todo planteamiento ético —venga de donde viniere— hay siempre mucho más que las meras cuestiones deontológicas de que allí se trata. En todo planteamiento ético subyace casi siempre un modo particular de entender el hombre —una antropología implícita— y, si se busca en profundidad, es posible descubrir un determinado punto de vista acerca de Dios, es decir, los vestigios de lo que podría denominarse como teología implícita. Aunque ambos planteamientos aparezcan soterrados, convendrá, lógicamente, desvelarlos.

Como consecuencia de la verdad que ha sido revelada acerca del hombre y puesta de manifiesto a través de la fe católica, aquí se parte también de una irrenunciable —y explícita— antropología, en la que desde la perspectiva del realismo se alza con unos supuestos que pueden llegar a ser muy luminosos para la solución de los problemas que afectan a los hombres.

En consecuencia, la antropología explícita que se encuentra en la ética católica es algo cuyo alcance no debiéramos minimizar los destinatarios de la Bioética —es decir, todos los hombres, por cuanto que a todos nos afecta—, si de verdad manifestamos esa exigible buena voluntad que es necesaria para tratar de resolver los graves problemas suscitados por las modernas ciencias biomédicas.

Por otra parte, la nota que mejor caracteriza y describe a esta antropología es la del realismo, nota que desde siempre ha caracterizado la concepción del hombre ofrecida por el catolicismo. Este realismo antropológico sintetiza bien y es congruente con la mayoría de los principios fundamentales sobre los que parcialmente se vertebran las restantes antropologías.

Aunque no se aborde, explícita y sistemáticamente, ninguno de esos principios antropológicos a los que antes aludía, la mayoría de las afirmaciones que aquí se sostienen por los diversos autores y colaboradores están como entreveradas por esos mismos principios. Cabe, pues, afirmar que, de algún modo, sobre la implícita antropología realista, antes mencionada, se configura todo el discurso bioético que a continuación sigue.

Aquí también, lo manifestado explícitamente es consecuencia de los principios antropológicos implícitos en los que los discursos de los diversos autores participantes en la redacción de este Manual hunden sus raíces nutrientes.

Es en este punto donde todos los hombres puede darse cita —en un fecundo intento de mutua comprensión para la eficaz toma de decisiones—, pues, como en seguida observaremos, la totalidad de los hombres de buena voluntad —cualesquiera que sean sus creencias— coincidirán y llegarán a estar de acuerdo con los principios antropológicos que sostienen las afirmaciones explícitamente formuladas en esta publicación.

Aunque podrían ser muchos los principios antropológicos a los que aquí podríamos aludir, trataré de limitarme a sólo los que considero más pertinentes o irrenunciables para lo que aquí interesa, que no es otra cosa que la fundamentación de la Bioética.

Éste es el caso de las cuestiones siguientes: la consideración de la vida humana como un valor al que es preciso servir, el hecho de que la persona humana sea un ser dotado de conciencia, capaz de conocer y amar, y que tiene libertad, por lo que es susceptible de ser solidario con su prójimo. Los anteriores relevantes principios, por elementales que puedan parecernos, apuntan y exigen la condición de la dignidad para el ser que acabo de describir: la persona humana.

Estos principios o notas descriptivas se entrelazan entre sí en la intimidad de cada persona, exigiéndose recíprocamente, hasta el punto de que no podemos renunciar a ninguna de ellas, sin que en cierto modo se derrumbe todo el edificio antropológico con ellas construido.

No cabe duda de que la conducta solidaria hace más digno a quien se comporta de esta forma. Pero no se puede ser solidario si no se es previamente libre o no se alcanza un cierto saber (conciencia) acerca de la libertad que se tiene.

De igual modo, las personas más ricas en dignidad están también obligadas, por la virtud natural de la justicia, a ser más solidarias. Pero difícilmente llegarán a serlo si no tienen conciencia de ello. Ahora bien, ¿de dónde le viene al hombre la dignidad que tiene como persona? ¿Puede el hombre acrecer su dignidad y llegar a ser más digno sólo porque sea más solidario? ¿Es que acaso la dignidad es algo conquistable por el hombre y no algo intrínseco a su naturaleza?

Las anteriores cuestiones remiten a la antropología filosófica, cuyos supuestos —al menos en tanto que antropología cristiana implícita— se encuentran firmemente establecidos en la doctrina católica.

Pero no es suficiente con que aquí apelemos a sólo la fundamentación filosófica de tales propiedades y principios. Es preciso ir más lejos, es decir, profundizar más en lo que del hombre sabemos, para tratar de acertar a contestar las preguntas que antes se formularon. La contestación última a esas cuestiones podemos encontrarla en las relaciones existentes entre la antropología y la teología a las que aludimos al principio de este epígrafe. Examinemos cuáles son esas relaciones.

Dios, al revelarse, no sólo se manifiesta Él al hombre, sino que desvela también lo que el hom-

bre es, a través de esas manifestaciones de la revelación, explicitando mejor y más claramente lo que la naturaleza humana es. Lo revelado, desde esta perspectiva, es también algo que desvela la naturaleza del destinatario de ese mensaje, es decir, la naturaleza del hombre.

Por eso, cuando Dios se manifiesta al hombre y le manda un determinado precepto —por ejemplo, el de no matar— al mismo tiempo desvela dos cosas: *in recto*, aquello que le ha sido manifestado y que constituye una cierta manifestación divina; e *in oblicuo*, algo que trasluce el modo de ser del hombre o el modo en que el hombre debe comportarse de acuerdo con el precepto que ha recibido, que no puede sino ser conforme con su propia naturaleza.

Esto quiere decir, que *in oblicuo*, la Teología siempre acaba por desvelar, de una y otra forma —aunque sólo sea en tanto que conforme con la naturaleza del destinatario al que se dirige— qué es el hombre. Es decir, la Teología alumbra, a su modo, una antropología, hasta entonces virtual y, por tanto, ignorada por el propio hombre.

Sería estúpido que el hombre no atendiese, que volviese sus espaldas y desatendiese lo que, acerca de sí mismo, le manifiesta el mensaje revelado. De aquí que cualquier opción que en Bioética quiera ser realista esté siempre abierta a la revelación, a las manifestaciones que Dios ha hecho a los hombres.

Esto quiere decir que la Bioética se fundamenta en la ley natural —que la Revelación confirma—. Por eso se defiende para todos una ley moral, tanto a nivel personal como público —incluida la legislación—. La fe garantiza *ab extrínseco* a la ley natural, pero ésta no deja de ser razonable por sí sola, y por eso se puede solicitar su cumplimiento a todos.

Ética y legalidad

Es bueno que coincidan Ética y legalidad, pero siempre que tal coincidencia no se haga a expensas de la primera. Si la coincidencia se hiciera a expensas de subordinar la Bioética a la legalidad, a ese precio, con tan graves costes, sería más conveniente que la ética médica discrepase abierta y frontalmente de la legalidad. Es mejor una Ética discrepante de la legalidad asentada en el poder fáctico y contra el hombre —pero fiel a sí misma—, que una Ética acomodaticia y subordinada a lo legal que es tanto como vaciarla de su contenido y hacerla vana.

¿Para qué serviría una Ética condescendiente y sumisa, respecto del poder legal establecido, que fuera además tolerante y permisiva respecto del incumplimiento de sus propios fines? ¿Podría denominarse con el término de Ética una ciencia que se comportara así, que doblegase su propia autonomía ante otras competencias disciplinares, que renunciase a constituirse como un saber ontónomo?

Sería estúpido que las mínimas exigencias anteriores se considerasen por algunos como una manifestación de altivez o arrogancia por parte de los profesionales de la salud. Si unos profesionales fuertemente implicados en algo tan valioso y delicado como la salud humana no dispusieran de libertad —lo que en modo alguno significa que tengan la «última palabra» sobre las decisiones éticas— para determinarse a sí mismos en la búsqueda e indagación del *ethos* con el que alumbrar y guiar sus actividades, ¿sería legítimo calificar de *ethos* a las normas y principios emanados en esas difíciles circunstancias de subordinación de la Ética a la legalidad vigente?

No, la ética médica ni puede, ni sabe, ni quiere claudicar ante el imperio de la circunstanciada legalidad vigente, aun reconociendo que no es bueno para los profesionales de la salud y para la entera sociedad que existan fuertes discrepancias entre la una y la otra. A veces estas discrepancias se prolongan innecesariamente, durante un determinado período temporal más o menos largo, generando sufrimiento para todos. Esto es lo que acontece ahora en España respecto de la Ley Orgánica 9/1985 y la regulación penal del aborto, ya que dicha ley contradice lo afirmado por el artículo 55 del Código de Deontología Médica (CDM). En esos casos la contradicción está servida y también el daño que con ella se hace, puesto que conviven simultáneamente dos ordenamientos —el ético y el legal— que, desde ámbitos diferentes, califican de forma opuesta un idéntico y único comportamiento humano.

En unas circunstancias como éstas, es lógico que cunda la confusión y el hecho de no saber a qué atenerse tanto entre los profesionales como entre sus clientes. En consecuencia con ello, algunos comportamientos humanos acaban por apartarse de sus fines hasta dejar de ser propositivos, teleológicos y con sentido; la legalidad

pierde la fuerza de su robustez bien fundamentada y deviene en una instancia huera y burocratizada; y la misma Ética se instala en una posición de natural resistencia a la que ha sido forzada por los hechos de la legalidad, acabando por enquistarse allí y perder la necesaria flexibilidad y soltura de las que tanto necesita.

En evitación de estas nefastas consecuencias —que también tienen una acción destructiva sobre la sociedad—, conviene tratar de acercar la legalidad a la eticidad, de manera que las dos necesarias dimensiones de un mismo objeto —el acto humano— tiendan mutuamente a robustecerse y a darse el vigor que tanto precisa cada una de ellas.

Moral católica frente a ética civil

En el panorama actual de nuestra cultura resulta demasiado fácil descalificar, invocando el respeto al pluralismo, cualquier condición ética que tenga relación con la moral católica. De este modo se enfrentan radicalmente la moral católica y la ética civil como si entre ambas no hubiera ninguna posible relación, ningún modo de articularse en la actualidad o de haber estado más o menos vinculadas en el pasado. Hay como un enorme respeto a la «laicidad» de la cosa pública.

Un síntoma de la separación entre ética teológica y ética «civil» es el intento de secularizar la Bioética. Como reconoce Daniel Calahan[27], la Bioética nace de la sensibilidad religiosa ante los problemas humanos, algo que la ética civil no había logrado. Se ha querido apropiar esta sensibilidad sin los principios que la fundaban, esto es, construir una *bioética civil*, con el problema de fondo de un críptico relativismo difícil de superar.

Simultáneamente, la religión, todo lo que suponga moral católica, es simplemente excluido porque pertenece —según algunos dicen— a los personales sentimientos, a las creencias y convicciones y, en consecuencia, deben quedar salvaguardados —y, también preteridos— en el ámbito exclusivamente personal y familiar.

De este modo, se incurre en una penosísima contradicción: así, mientras que lo religioso es recluido y herméticamente clausurado en lo meramente subjetivo, la ética laica o ética neutra, en cambio, se presenta como una ciencia objetivada y objetivadora, como si tuviese además las suficientes garantías para la total exclusividad y racionalidad.

Pero con actitudes como éstas, el único que sale beneficiado —prestigiado incluso más allá de lo soñado— es un concreto y bien determinado tipo de confesionalismo: el agnóstico. Se ha privilegiado al agnosticismo, una vez que se ha descalificado por completo cualquier tipo de convicciones, estén bien o mal fundamentadas en la naturaleza humana, sean de sentido común, de todos los ciudadanos o no, etc., exclusivamente por su posible conexión con las creencias religiosas. De ser esto verdad, se concluiría que para ser laico la única condición que se precisaría es la de ser agnóstico.

El error proviene, muy probablemente, de haber identificado lo moral con lo eclesiástico, simultáneamente que se identificaba también lo ético con lo neutro. Pero sabemos que la neutralidad no existe en ningún lugar. Por eso, nada tiene de particular que esa indefinición ética que es la ética laica como forma de moral esté completamente desarraigada de la naturaleza humana y —lo que es peor— que no tenga ningún marco de referencias, ni preciso ni ambiguo, al que echar mano para quedar ella misma reorientada e instalada y ocupar una determinada posición en el marco de nuestra cultura.

De otro lado, nadie se ha atrevido ni ha osado definir qué entiende por ética laica, una ética de la cual ignoramos cualquier principio de moralidad. Se diría que el único conocimiento que tenemos de esta ética es un conocimiento negativo, es decir, aquella característica que ante todo debe ser satisfecha para poder calificarse así: lo de no tener ninguna vinculación, ningún compromiso con la fe.

Pero como, por otra parte, nadie puede evaluar la fe en las convicciones humanas o la conexión entre las convicciones humanas y la fe religiosa, es lógico que la ética laica no cumpla con su primera y única condición. Por consiguiente —y aunque sea enojoso—, es preciso reconocer, una vez más, que la ética laica no existe. Más exactamente habría que afirmar que hay tantas éticas laicas como laicos.

Pero si esto es así, ¿dónde está el fundamento

[27] Cfr. CALAHAN, D., «Religion and the secularization of bioethics», en *The Hastings Center Report*, 20, 4, julio-agosto 1990, pp. 52 y ss.

racional que da titularidad ética a lo que sólo es singular e individual, como la «ética laica»? ¿Cómo puede elevarse a categoría universal algo que por definición y por una ancha y mayoritaria experiencia se conoce como lo meramente singular?

Por contra, ¿cómo puede afirmarse que la moral católica ha perdido su universalidad y vigencia, cuando todavía el colectivo más numerosamente importante que sigue siendo fiel a su fe en el mundo es precisamente el católico?

La vejación e injusticia de estas contradicciones son obvias, por cuanto que las éticas conectadas o relacionadas o derivadas de la moral católica son precisamente las que tienen un *idearium* bien preciso, unos principios bien concretos, que acaso alguno no acepte —o pueda incluso molestarle—, pero que son notorios y públicamente reconocidos.

Por contra, en lugar de tener un *idearium*, un inventario de principios, la «ética laica» no dispone de nada de eso. Más que un inventario de principios lo que hay en el mundo hoy es un inventario de éticas, algo así como un bien abastecido establecimiento en el que cada individuo se sirve el juicio de su conducta humana según un menú que unas veces él previamente ha elegido y otras no.

Desde esta perspectiva la ética laica se nos aparece como la trivialización o la banalización del concepto de ética, es decir, el residuo que queda una vez que se ha vaciado el mismo concepto de ética. Algo demasiado «light» como para que desde su debilidad pueda servir de ayuda para solucionar la más modesta y mínima de las preocupaciones que hoy envuelven al comportamiento humano.

Quienes para defender la ética laica buscan una fundamentación en el pluralismo están haciendo un uso isomorfizado, homomorfizado del pluralismo y, por consiguiente, están incurriendo en un totalitarismo ideológico o en un monismo unívoco.

Hay otro argumento fundamental a la hora de reexaminar cuál es el alcance de esta ética neutra: el que podríamos denominar con el término de uso alternativo de la lógica politizada. Tal uso alternativo lo que quiere manifestar es que una misma proposición tiene, en ocasiones, un significado lógico, mientras que otras veces tiene el significado lógico opuesto, todo depende del contexto en que se haya proferido y de los labios de las diferentes personas que así lo hayan proclamado.

Este uso alternativo de la Ética permite la descalificación o recalificación de una misma proposición, en función de una sola variable: que pueda vincularse o no a la moral católica. Basta que alguien se pronuncie sobre un determinado acontecimiento humano y que la propuesta que se hace esté más o menos lejanamente vinculada a los principios de la moral católica para que sea suficiente, en determinados contactos, para descalificarla. Por contra, si esa misma propuesta no aparece en ese contexto cultural vinculada a la moral católica, es muy posible que sea aceptada o que incluso trate de ser capitalizada y vaya al fin a engrosar la ética neutra.

El uso alternativo de la ética ideologizada no será posible sin cometer los dos errores siguientes. El primero, el de emplear sistemáticamente un sesgo atribucional, prejuzgador y errático, consistente en que atribuimos determinada y concreta proposición no al interlocutor sino a una institución —la Iglesia católica— a la cual él no representa en absoluto.

El segundo error que se comete en este uso alternativo de la Ética es el de prestar una atenta y devota atención a cualquier proposición que se haga, con tal de que esté en consonancia con la ética emergida de la exclusiva contaminación ideológica, es decir, desde la politización.

No es fácil interpretar la lógica como una ciencia al servicio de la política o, mejor dicho, como una ciencia subordinada a la política. Si la política es la instancia subordinante a cuyo arbitrio es sometida la lógica, las consecuencias que de allí resulten no serán otras que las de la esquizolingüística partidista y oportunista, es decir, la carencia total de cualquier posibilidad lógica.

En este horizonte, la ética neutra y laica se nos aparece como algo alejado de toda lógica. En tal caso, ¿podría entenderse la ética neutra como un ardid meramente dialéctico? Parece que por ahí ha de ir la interpretación más coherente. Pero incluso en ese caso, para que fuera un buen ardid dialéctico su vinculación con la lógica tendría que manifestarse de forma más transparente, cosa que por el momento no lo parece.

Por último, desde la vigencia social, hay que afirmar que tal ética neutra no está realizada sociológicamente. No hay un universo humano ni ningún contexto sociocultural donde esta ética se haya encarnado en la vida de los hombres o

haya demostrado que servía para la autoevaluación a conciencia de los propios actos humanos.

Esto quiere decir que la ética civil, neutra o laica no puede oponerse a la moral católica; que ella misma es ilógica; que es individualista y no universal; que existen tantas como personas, sin que haya algún universo de personas que unánimemente la defiendan o se rijan por ella; que no está bien implantada socialmente y que incluso en sus pequeños aciertos —que también los tiene—, toma su fundamento en esos casos de la propia moral católica a la que inútilmente intenta atacar, destruir y contradecir. Dicho con la mayor brevedad posible: La ética neutra no se presenta, por el momento, como una alternativa ética a la moral católica.

Religión y Bioética

La religión da una interpretación y una revelación de lo que es la realidad que corresponde a las necesidades más altas del hombre, que le dan orden, coherencia, y significado a la vida; son puntos de referencia que le permiten comprender las últimas cuestiones sobre la naturaleza, su finalidad y destino. La Bioética, como una parte de la ética filosófica, se esfuerza en explicar las cuestiones de la conducta humana en su bondad o maldad dentro de los límites de la razón. Esto no quiere decir que las respuestas originadas desde la religión tengan que permanecer clausuradas en prácticas y valores privados, irrelevantes para la vida pública y, en consecuencia, irrelevantes también para la Bioética. Así opina, por ejemplo, Engelhardt[28], para quien la Bioética como ciencia no puede tener en consideración la religión ni la teología. Creo que en la tensión que se suele establecer entre Bioética y religión, además del viejo problema de la doble verdad, se encuentra un doble reto: la *accesibilidad* y el *significado*. Parece que la incorporación en la Bioética de una moral específica, de una religión, disuelve las posibilidades para un acceso generalizado y público del discurso bioético, resultando que sus perspectivas quedarían muy limitadas. Pero también se reconoce que el criterio de accesibilidad puede limitar excesivamente la riqueza moral de la Bioética, pues el coste de ajustarse o conformarse a los requerimientos de un discurso público puede ser la pérdida de significado y contenido de las cuestiones más interesantes de la vida humana.

a) Los compromisos del discurso religioso para una Bioética de amplio espectro

Si resultó *toto coelo* desacertada la proclamación de «la muerte de Dios» en los años 60 por influencia de la transvaloración de todos los valores intentada por Nietzsche, lo es igualmente comenzar suponiendo muerto todo discurso ético desde la perspectiva de la teología y religión. Sin embargo, no hay pocos problemas originados por algunos pensadores de la religión desde el criterio de un discurso bioético máximamente accesible. Me refiero a los numerosos casos de quienes se introducen en la esfera pública con la intención de obtener una máxima audiencia, escondiendo los principios desde los que parten, o, lo que es peor, abandonándolos provisionalmente como quien cambia de traje para una situación determinada[29].

Un primer límite entre el discurso religioso y la Bioética es establecer un lenguaje apropiado a la audiencia interdisciplinar y pública. Esto parece obvio, en la medida en que un pensador de la religión, o bien, un teólogo no sólo tiene que vérselas con los miembros de su religión. El ámbito de la Bioética llega a personas que no participan de las creencias de una determinada religión. Hace falta traducir en lo posible los conceptos a una base común.

Los compromisos lingüísticos tienen el objetivo de ganar una amplia audiencia, sin embargo, se arriesgan también otros aspectos sustantivos, pues el discurso maximizado de la Bioética no suele ser suficientemente rico para acomodarse a un significado pleno dentro de un dis-

[28] Cfr. ENGELHARDT, H. T., «Looking for God and Finding the Abyss: Bioethics and Natural Theology», en SHELP, EARL E. (ed.): *Theology and Bioethics: Exploring the Foundations and Frontiers*, Boston, D. Reidel Publishing Company, 1985. En la p. 88 dice: «Bioethics, where it success, shows where it does not need theology».

[29] Cfr. KASS, L. R., «Practicing Ethics: Where's the Action?», en *The Hastings Center Report*, 20, 1, enero-febrero 1990, pp. 6-7: «Perhaps for the sake of getting a broader hearing, perhaps not to profane sacred teachings or to preserve a separation between the things of God and the things of Caesar, most religious ethicists entering the public practice of ethics leave their special insights at the door and talk about "deontological vs. consecuentialist", "autonomy vs. paternalism", "justice vs. utility", just like everybody else».

curso religioso. El problema de traducir un discurso religioso a un lenguaje bioético común, sin atenuar ni adulterar su contenido es la facilidad con que un discurso religioso y teológico se mundaniza, perdiendo el núcleo o el alma de ese discurso. Quizás se pierda mucho. Pero en todo caso, los temas más acuciantes de bioética no pueden ser algo únicamente del ámbito religioso, tienen que ser también accesibles a una máxima audiencia.

El discurso religioso, específicamente el de la religión católica, parte de fuentes reveladas, mientras que el discurso de maximización pública es de origen diverso, según la idiosincrasia de cada momento y sociedad. Tiene un origen en la ciencia, costumbres, cultura, etc. Pero esto, a su vez, puede tener su fuente de inspiración tanto desde un proceso religioso como no religioso. Lo que quiere decir que la maximización de una audiencia pública es una síntesis de todo tipo de fuentes, racionales e irracionales, naturales y sobrenaturales.

Recuérdese en este punto que la Revelación confirma la ley natural como fundamento de la Bioética, es decir, que la fe constituye una garantía *ab extrinseco* de la ley natural, más allá de que esta última sea razonable por ella misma. Este hecho pone de manifiesto, una vez más, que por ser la ley natural algo razonable —y por estar garantizada de esa forma— puede solicitarse de todos que la satisfagan, tanto en el ámbito de lo privado como de lo público.

b) El problema del sufrimiento

El problema de la dicotomía accesibilidad/significado puede ilustrarse en parte con un problema bioético que preocupa en nuestros días.

El concepto de sufrimiento parece ser central para muchos de los estudiosos de la Bioética. El sufrimiento se presenta en parte como constituido por la experiencia de una profunda irrupción de nuestro sentido de sí mismo y de nuestra identidad que somos incapaces de controlar. A primera vista, el sufrimiento se presenta como algo arbitrario, inexplicable y destructivo de la intimidad del yo. Muchas veces es una expresión sintomática de alguna enfermedad.

Si se atiende a la interpretación religiosa, se advierte que no hay una unidad fundamental entre todas las religiones acerca del sentido del sufrimiento. Es quizás la religión católica la que ha presentado con más coherencia una interpretación del sentido del sufrimiento. Desde este punto de vista, el sufrimiento tiene un carácter redentor, tanto propio como ajeno, que resulta difícil acceder a él desde una instancia maximalista, pública. En este sentido, la riqueza conceptual que puede aportar la ética católica es obvia, si bien no siempre aceptada.

Si no se admite el carácter trascendente del sufrimiento, su sentido redentor, no habrá resortes suficientes para comprender que todo sufrimiento tiene un valor, no hay sufrimiento inútil desde una perspectiva trascendente. Es precisamente, al perderse esta perspectiva cuando se intenta clasificar los sentimientos en dos grupos: *sufrimiento necesario* y *sufrimiento innecesario*. Se entiende por sufrimiento necesario aquel que es una condición para un futuro bien posible de adquirir, mientras que un sufrimiento innecesario sería al que no se le ve salida para una solución. En este sentido, el sufrimiento terminal sería un sufrimiento innecesario.

Desde una perspectiva meramente maximalista no es posible advertir el carácter valioso del sufrimiento, de aquí que haya que tener en cuenta las aportaciones de la ética de la religión —sobre todo las que dan un sentido positivo al dolor.

Bibliografía

ANGELL, M.: «Prisioners of technology: the case of Nancy Cruzan» (Editorial), en *The New England Journal of Medicine*, 17, 1990, pp. 126 y ss.

BAYLAY, L. L.: «Organ Transplantation: A paradigm of medical progress», en *The Hastings Center Report*, 20, 1, enero-febrero 1990, pp. 24 y ss.

BALLESTEROS, J.: *Postmodernidad: Decadencia o resistencia*. Madrid, Tecnos, 1989.

CALAHAN, D.: «Religion and the secularization of bioethics», en *The Hastings Center Report*, 20, 4, julio-agosto 1990, pp. 52 y ss.

CAMPBELL, A. V.; HIGGS, R.: *In that Case. Medical Ethics in Everyday Practice*, Londres, Darton, Longman & Todd in association with the *Journal on Medical Ethics*, 1982.

ENGELHARDT, H. T.: «Looking for God and Finding the Abyss: Bioethics and Natural Theology», en SHELP, EARL E. (ed.): *Theology and Bioethics: Exploring the Foundations and Frontiers*, Boston, D. Reidel Publishing Company, 1985.

FISCHER, M. J. (ed.): *Ethics, Problems & Principles*, Fort Worth, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1992.

GARRIGOU-LAGRANGE, R.: *El sentido común*, Madrid, Palabra, 1980.

«Genetics and the public interest», (Editorial) en *Nature*, 356, 6368, 1992, pp. 365 y ss.

GOROVITZ, S.: *Doctor's Dilemmas. Moral Conflict and Medical Care*, Nueva York, Oxford University Press, 1982.

ISRAEL, L.: *La decisión médica*, Buenos Aires, Emecé, 1983.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M., y WINSLADE, W. J.: *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, Nueva York, Macmillan Canada Inc., 1982.

JUAN PABLO II: *Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias* (12-XI-83) y *Discurso a científicos, periodistas y artistas en Viena* (12-IX-83).

KASS, L. R.: «Practicing Ethics: Where's the Action?», en *The Hastings Center Report*, 21, 1, enero-febrero 1990.

LOCKWOOD, M. (ed.): *Moral Dilemmas in Modern Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 1985.

NOLAN, K.; MILES, C.; ROSS, J. W.: «Live sperm, dead bodies», en *The Hastings Center Report*, 20, 1, enero-febrero 1990, pp. 33 y ss.

PABLO VI: *Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias*, (23-IV-66).

POLO, L.: *¿Quién es el hombre?*, Madrid, Rialp, 1991.

TOMÁS DE AQUINO: *Cuestiones disputadas sobre el mal*, q. VI, art. único; *Summa Theologiae*, I, q. 29, a. 3, in c.

SCORER, G.; WING, A.: *Problemas éticos en Medicina*, Barcelona, Doyma, 1983.

SIDGWICK, H.: *The Method of Ethics*, Londres, Macmillan, 1991, 7ª ed.

SINGER, P.: *Practical Ethics*, Nueva York, Cambridge Universiy Press, 1979.

STERBA, J. (ed): *Morality in Practice*, Belmont, CA, Wadsworth, 1988.

SWINBANKS, D.: «Conference on the ethics of human genoma research in Japan», en *Natura*, 356, 6368, abril 1992, p. 368.

WALL, M. G.; WELLMAN, N. S.; CURY, K. R.; JOHNSON, P. M.: «Feeding the terminal ill: dietitians attitudes and beliefs», en *Journal of the American Dietetic Association*, 91, 5, mayo 1991, pp. 549 y ss.

WOLFF, R. P.: *Foundations of the Metaphisics of Morals with Critical Essays*, Indianapolis, Bobbs-Merril, 1969.

4. ÉTICA Y LEY NATURAL

A. Polaino-Lorente

Ética y Ley Natural

En realidad el hombre, de una u otra forma, se cuestiona siempre acerca de su propio comportamiento. Una de las preguntas más palpitantes y frecuentes es aquella que se dirige al modo en cómo poder juzgar nuestro comportamiento. Dicho más brevemente, ¿cómo saber si mi conducta es buena o mala, acertada o equivocada, facilitadora de mi felicidad o entorpecedora de ella? Podría afirmarse que precisamente de la ética depende la respuesta que demos a esta pregunta. En responder a preguntas como la que acabamos de formular consiste la ética.

A la anterior cuestión los pensadores clásicos siempre han respondido de forma parecida: A través de la ley natural, a través de la ley moral que es el camino que conduce al hombre a su fin.

Esa ley, impresa en nuestra naturaleza, es la que sirve para que la conciencia pueda juzgar si nuestro comportamiento se ajusta o no a esa ley. Toda conducta que sea ajustada a esa ley podría ser considerada como buena porque facilita, conduce y acerca al hombre hacia la consecución de su propio fin. Cualquier conducta que se separe de la ley natural debe ser considerada como mala, porque obstaculiza, impide o frustra el autogobierno del hombre en la consecución de su propio y último fin.

Según parece, la ley natural es el quicio sobre el que descansa cualquier criterio ético. Estudiemos qué es eso de la ley natural.

La ley natural es la ordenación que, inscrita en la naturaleza del hombre, hace posible que éste sea capaz de gobernarse a sí mismo y tender hacia los bienes que son necesarios para su perfeccionamiento integral como persona. Hay, pues, inclinaciones naturales en el hombre que constituyen el contenido de esa ley plasmada en nuestra naturaleza que nos determina hacia actos y fines mediante los cuales alcanzamos nuestra propia perfección.

Gracias a la ley natural, el hombre acaba siendo dueño de sus acciones, pero no puede decirse propiamente que nuestra propia perfección consiste en el autogobierno, pues éste debe remitir a una instancia superior que señale el fin. Si el fin moral consistiera en el autogobierno, se buscaría una libertad sin sentido. Esta intrínseca ordenación que hay en la naturaleza humana para que todas las facultades del hombre —especialmente la inteligencia y la voluntad— adquieran su propio perfeccionamiento, del que hay que responder, es lo que debiera entenderse como ley natural.

La vinculación entre la ley natural y la naturaleza humana es obvia, pues, como afirma Tomás de Aquino, la ley natural es la participación de la ley eterna en la criatura racional[1]. Con ello se está refiriendo a esa plasmación ontológica en la naturaleza humana de la ley de Dios, ya que al propio hombre le ha sido dado, en tanto que criatura racional, ser capaz de gobernarse a sí mismo. De otro modo, si no fuera así, el hombre no sería libre.

La ley natural aparece como una facilidad de la inteligencia que, de acuerdo con los principios supremos de la ley eterna, dirige y ordena las acciones humanas hacia su fin. Por eso, la ley natural se podría definir también como el conjunto de normas que con rectitud de intención orientan al hombre para ejercer su libertad de acuerdo con su último fin.

Desde este punto de vista, en el hombre subyace una tendencia natural para estimar lo que es

[1] Cfr. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q. 91, a. 2, c.

conveniente o no, para conocer lo que es justo o no, para valorar con toda rectitud aquello que hace de acuerdo con los fines naturales de su propia tendencia, es decir, de acuerdo con su fin último, que es algo diferente a la suma de esos fines particulares.

Sin embargo, en la intimidad de muchos hombres —es también un hecho de la experiencia— hay también la experiencia de lo contrario. Esa experiencia no niega en absoluto la existencia de la ley natural, sino que demuestra más bien la presencia del daño que sufrió la persona humana por el pecado original.

La ley natural no se la ha inventado ningún hombre ni es consecuencia de la evolución histórica y de los diversos progresos socioculturales que pudieron haber hecho evolucionar a nuestra sociedad, tal y como hoy la conocemos.

La ley natural tampoco hay obligación de seguirla porque haya sido promulgada mediante consenso por los legisladores autorizados, al modo como se promulgan las leyes civiles.

La ley natural tampoco es fruto de unas determinadas circunstancias coyunturales o históricas, de manera que pueda cambiar en función de que estas circunstancias también cambien.

La ley natural ni siquiera depende de que el hombre crea o no en ella y, por tanto, su cumplimiento no solamente obliga a los creyentes sino a todos los hombres, ya que como tal ley natural emerge de la propia naturaleza humana. Y ésta, como tal naturaleza, nadie ha podido demostrar por el momento que sea un ficción, una mera invención del hombre y/o que además cambie de una generación a otra. Por eso, se dice que la ley natural es *inmutable*.

La ley natural tampoco depende de cuáles sean las modas y costumbres sociales, de manera que si es aceptada por la sociedad, entonces obliga, y si es rechazada socialmente, en ese caso ya no obliga.

La ley natural responde, entre otras cosas, a lo que debe hacerse según la recta razón, por lo que su vigencia no está en función de lo que haga la mayoría con una razón recta o equivocada. Por eso también se afirma que la ley natural es *universal* y que, por tanto, obliga a todos los hombres en todas las circunstancias y en todos los actos que realizan. Y esto porque la naturaleza humana tampoco cambia de un hombre a otro, ni de una a otra circunstancia, ni tampoco de un acto a otro.

De aquí que el primer principio universal de la ley natural afirme muy brevemente lo siguiente: hay que hacer el bien y evitar el mal. En este principio se sintetizan todas las norma éticas por las que debe regirse el actuar humano[2].

La ley natural, formulada en este principio, compendia y a la vez manifiesta cuáles son las finalidades esenciales de la naturaleza humana. Y, ciertamente, esto es así porque la bondad o maldad de cualquier acontecimiento estará siempre en relación con la naturaleza humana. De ahí que hacer el bien y evitar el mal sea un primer principio que, forzosamente, dice relación a esa naturaleza del hombre.

En cierto modo, la ley natural manifiesta cuáles son las inclinaciones naturales —tal y como éstas deben ordenarse según la naturaleza del ser humano— y cuáles son los deberes éticos y los derechos personales que de esas inclinaciones se derivan para cada hombre.

La ley natural se compendia en el decálogo, puesto que en esos diez preceptos quedan inscritas desde la primera obligación emanada de la ley natural —el deber de amar a Dios—, hasta el uso que debemos hacer de cada una de nuestras facultades, así como buena parte de lo que afecta a nuestra interacción social con los demás, ya que es en el seno de la sociedad donde el hombre se realiza a sí mismo y se perfecciona.

Pero como se recordará, el primer precepto del decálogo es el amor a Dios. Por eso se afirma que la ley natural, que tiene por autor a Dios, también tiene por fin a Dios. Precisamente por eso está inscrita, de forma imborrable, en el seno de la naturaleza del hombre.

El conjunto de normas de la recta razón que sirven para que el hombre oriente el ejercicio de su libertad a satisfacer su propio fin es lo que constituye la ley natural. Dicho más brevemente: la ley natural es como la síntesis compendiada de cuáles son las finalidades esenciales de la naturaleza humana (el bien común trascendente e inmanente).

El primer principio en que la ley natural se resume —hay que hacer el bien y evitar el mal— es la mera consecuencia que, tras un proceso inmediato e intuitivo, se deriva de la noción de bien, que no es lo que primera e inmediatamente

[2] Cfr. GARCÍA LÓPEZ, J., *Tomás de Aquino, maestro del orden*, Madrid, Cincel, 1987, 1ª reimpresión.

conoce la inteligencia práctica —esta hipótesis supondría una caída en el ontologismo—. La noción de bien se entiende mediatamente al entender su objeto propio —la conducta concreta— y, por lo tanto, no es lo primero. Esto quiere decir que la noción de bien como tal es entendida especulativamente mediante reflexión. Sin embargo, todo acto del entendimiento práctico se efectúa bajo la razón de bien: es la conciencia moral.

Por esto mismo puede decirse que la ley natural tiene unidad, porque ella misma orienta el comportamiento humano, cualquiera que sean las circunstancias o los condicionamientos. Porque de la misma manera que la naturaleza humana es una, la ley natural que está vinculada a ella, también tiene que ser una.

De un modo análogo a como existe un destino unitario para todos los hombres, por muy variadas que sean las motivaciones, exigencias y tendencias de cada persona singular, así la ley, el orden, la recta razón ordenada por esa ley, debe ser también unitaria, es decir, única.

Por esto parece lógico que la ley natural sea conocida por todos los hombres. Y es que en cada hombre hay un hábito natural de los primeros principios morales que en la filosofía clásica se conoce con el término *sindéresis*. Este principio de rectitud, permanente e inmutable, nos ilumina y nos impulsa para aprehender los bienes reales como fines que se deben conseguir[3].

La sindéresis es un hábito intelectual, operativo y natural, que procede en parte de la naturaleza y en parte de la experiencia y que se refiere a los primeros principios en el ámbito moral y no desemboca directamente en un juicio valorativo, sino a través de la conciencia. Si al hombre se le ha dado la capacidad de autogobernarse, es lógico que también se le haya dado la capacidad de discernir qué es lo bueno que debe hacer y qué es lo malo que debe evitar.

En esto consiste precisamente el conocimiento natural de la ley natural, un conocimiento que se extiende también a las aplicaciones de los principios y que se adquiere con mucha facilidad, de forma inmediata o mediante el discurso racional al reflexionar sobre hechos de la experiencia.

El desorden que se produce en la persona, como consecuencia de la repetición de actos que no respetan el principio aludido, produciría un oscurecimiento de la razón y una fractura en la voluntad. Sin duda alguna, este hecho es condicionado por los pecados y por los hábitos de comportamiento antinaturales.

Sin embargo, la ley natural es, como estamos observando, la ley moral, ya que constituye el conjunto de preceptos que la recta razón nos dicta a cada persona para autodeterminarnos en el autogobierno de nuestros actos, de manera que alcancemos el fin último. Por eso la ley moral es una ley natural, pero también una ley de la razón. La ley natural procede de la sindéresis, del conocimiento de la propia naturaleza humana y del conocimiento de sus exigencias. Los deberes éticos se conocen a través de la ley natural y de la ley de la razón. Esto quiere decir que los deberes éticos dependen de ciertos aspectos naturales y de ciertos aspectos racionales que deben ser conocidos.

La ley natural, efectivamente, no es una ley que esté inscrita en la naturaleza del hombre al modo como las leyes biológicas lo están en el organismo humano. La ley natural no es como una especie de edificio teológico que sale garante de que el hombre vaya a encontrar su fin último, su felicidad. La ley natural no es una ley biológica elevada a categoría racional. Esto es lo que llegó a afirmar, desde su positivismo jurídico[4], quien no entendió lo que era la ley natural.

La ley natural tampoco puede ser reducida a un mero principio *a priori*, un principio formal que no tuviese contenido concreto alguno y que dependiese y variase en función de la versatilidad de las circunstancias históricas y sociales.

La ley natural no está ni en el biologismo ni en el historicismo; la ley natural no es ni una ley biológica ni las consecuencias de un esquema *a priori* de la razón, sino tan sólo el conjunto de normas que tratadas por la razón en orden al ser y al perfeccionamiento de la persona humana, están inscritas en la propia naturaleza del hombre.

Parece lógico que si el hombre tiene en sí la razón de autogobernarse a la vez que la tendencia a ser feliz, a autorrealizarse en plenitud con una vida cumplida como persona, ambas características deban estar articuladas. Lo lógico es

[3] Cfr. RODRÍGUEZ LUÑO, A., *Ética general*, Pamplona, Eunsa, 1986.

[4] KELSEN, H., «Die Grundlage der Naturrechtslehre», en *Das Naturrech in der politischen Theories*, Viena, 1963.

advertir, tal y como la experiencia nos enseña, que hay un conocimiento racional, tanto de nuestro fin como de las tendencias naturales que hay en nuestro ser. La razón tiene naturalmente una inclinación para conocer de forma inmediata esas exigencias naturales, así como para conectarla a esos principios morales de manera que queden articulados dichos principios y la vida personal.

Cuando la ley natural no se entiende es porque la vida del hombre se ha desordenado, oscureciéndose sus verdades últimas y el modo en que la razón debería gobernar las conductas para conseguir esa verdad última. Cuando la ley natural no se entiende es porque se ha oscurecido el fin último del hombre, la razón se ha desordenado y se ha descuidado o torcido el conocimiento prudencial de la verdad. Esta corrupción del conocimiento moral de la ley natural puede incluso corromper la misma conciencia. Pero obsérvese que el desorden de la ley moral y de su oscurecimiento en el hombre no es un hecho natural, sino que más bien es debido a un desorden previo en la voluntad.

La imposibilidad de evitar la Ética

Es frecuente hoy la caída en el eufemismo al designar con fórmulas y términos completamente nuevos lo que desde siempre se ha conocido como ley natural. Hoy se emplean términos como moral tradicional, principios básicos de la razón práctica, fundamentos últimos o, como diría el propio Lewis, simplemente *tao*[5], para referirse a la ley natural.

Se percibe un cierto miedo a llamar las cosas por su nombre. Y esto no sólo en aquello que descaradamente está implicado con el comportamiento ético —como es, por ejemplo, la ley natural—, sino también respecto de cualquier problema que salga a debate ante la opinión pública. De aquí que incluso el uso preferente de los tiempos verbales empleados ya no sea el presente —la persona que juzga y se compromete en la cosa juzgada, afirmándola o negándola en el aquí y ahora en que realiza ese juicio—, sino apenas los tiempos condicionales: «sería conveniente...», «habría que pensar que...», es decir, fórmulas marginales en que el propio sujeto se distancia de la cosa juzgada mediante un uso verbal condicionado en el que no se especifica nada, sino que se encubre más bien, cuál es el universo de variables desde las que se hace precisamente ese juicio condicionado.

Dicho de otra forma: hoy no se habla en presente; hoy se habla en condicional, pero sin que se explicite cuáles son las variables que intervienen configurando o modalizando la posibilidad de esa misma condicionalidad. Pero el encuentro, o mejor, el golpeteo con la ley natural es algo constante, precisamente porque ésta emana de la naturaleza humana, y mientras que haya hombre habrá un ser natural y mientras que haya ese ser natural habrá ley natural.

Y eso a pesar de los eufemismos y de la enorme habilidad encubridora en la que el hombre contemporáneo es experto y de la cual se vale para escamotear la realidad que le es enojosa o que no le satisface. En este punto, Lewis es muy claro cuando afirma «lo que es llamado, por convenio, "tao" y que otros llaman ley natural o moral tradicional o principios básicos de la razón práctica o fundamentos últimos, no es uno cualquiera de entre los posibles sistemas de valores. Es la fuente única de todo juicio de valor. Si se rechaza, se rechaza todo valor. Si se salva algún valor, todo él se salva. El esfuerzo por refutarlo y construir un nuevo sistema de valores en su lugar es contradictorio en sí mismo. Nunca ha habido ni nunca habrá un juicio de valor radicalmente nuevo en la historia de la humanidad».

Cuando la ley natural no está formulada de una forma clara, es lógico que el hombre tenga mucho miedo a juzgar. De ahí su opción por las formas condicionales verbales o por los largos discursos vacíos de contenido. En el fondo, continúan importándonos —¡y mucho!— los juicios de valor.

A este respecto, recuerdo una anécdota que aconteció en un aula de la Universidad Complutense, tiempo atrás. El profesor había hecho una afirmación tajante, simultáneamente que congruente y verificada naturalmente por todos. En ese momento se levantó un alumno y le espetó en la cara: «Usted no puede decir eso, porque eso es un juicio de valor».

Quien así criticaba al profesor no se daba cuenta de que él mismo también incurría en un juicio de valor. Precisamente al afirmar: «Usted

[5] LEWIS, C. S., *La abolición del hombre*, Madrid, Encuentro, 1990, pp. 47-48.

no puede decir eso, porque eso es un juicio de valor», ¿no estaba acaso él juzgando un valor a la vez que sostenía que no podía juzgarse ningún valor?

Y es que, una de dos, o los valores valen y los juicios de valor naturalmente tienen valor y eso compromete, o los valores no valen, en cuyo caso los juicios de valor tampoco valen y si no valen no tienen ningún sentido, no significa nada el que continuemos haciéndolos.

En cualquier caso, los juicios de valor valen lo que valen los valores y los valores valen no en función de que su consumo esté generalizado a través de la interpretación errónea y acomodaticia de los «predicadores de valor», sino precisamente cuando aquello perfecciona, cumple y optimiza la propia naturaleza del hombre.

El lenguaje se banaliza precisamente cuando los valores desaparecen, se esfuman o se han extinguido de una cultura. Pero un lenguaje banalizado, es decir, un lenguaje que no se refiere a nada objetivo, tampoco vale para nada. La banalización del lenguaje corre paralelamente a la marginación de la ley natural[6].

Lewis añade lo que sigue: «Lo que pretenden ser nuevos sistemas o (como ahora se llaman) "ideologías", consisten en aspectos del propio tao, tergiversados y sacados de contexto y, posteriormente, sublimados hasta la locura en su aislamiento, aun debiendo al tao, y sólo a él, la validez que poseen».

Esto demuestra que la banalización del lenguaje exige del concurso del lenguaje, a pesar de su banalización. Con esto quiero referirme a que por mucho que nos empeñemos en banalizarlo acabaremos volviendo una y otra vez a él, porque el lenguaje es una de las características específicas de la naturaleza humana y no puede renunciarse a él ni trivializarse como si fuera un puro juego, puesto que las consecuencias de este arriesgado juego son muy amargas y costosas.

Tampoco cabe apelar al derecho o a la ley natural para algunas cosas y olvidarse de ella cuando tratamos de justificar otras. La ley natural es homogénea y nada equívoca. Quiere esto decir que su consistencia interna es muy robusta y no se deja parcelar de manera que, atomizándose, puedan tomarse unas partes y rechazarse otras.

Por eso son más estrepitosas todavía las nuevas «ideologías éticas». Es preciso hablar así de claro. El término «ideologías éticas», pone de manifiesto y designa el hecho de que algunos sectores de estudiosos de la ética se hayan contaminado, ideologizándose hasta el punto de que la misma ética allí surgida ha devenido en apenas un uso alternativo de sí propia. Algunos proponen un uso alternativo de la ética, que como tal es anético y que nada tiene que ver con la ética.

Por contra, la ley natural no tiene ningún uso alternativo. Si una cosa debe hacerse, también deben hacerse otras que están en su misma urdimbre originaria y final. Como escribe Lewis, «si el deber para con mis padres es una superstición, entonces también lo es el deber respecto de la posteridad. Si la justicia es una superstición, también lo es el deber hacia mi país o mi pueblo. Si la búsqueda de conocimiento científico es un valor real, entonces también lo es la fidelidad conyugal. La rebelión de las nuevas tecnologías contra el tao es la rebelión de las ramas contra el árbol: si los rebeldes pudieran vencer se encontrarían con que se han destruido a sí mismos»[7].

He aquí la paradoja enunciada por Lewis. En efecto, si la ética ideologizada hoy se abriese paso en este mundo, sería ella misma la que acabaría con la dignidad humana. Pero resulta sospechosa esa afirmación de que la ética ideologizada pueda acabar con la dignidad humana. Es muy probable que si se hiciese tal intento, la propia dignidad humana, las tendencias que proceden de la naturaleza del hombre se rebelarían contra ese indigno intento de una ética falsa.

A la ideologizada ética lo único que le cabe es jugar el papel de perdedora. Paradójicamente, la ética ideologizada gana en la misma medida que ella pierde, por cuanto que cuando ella pierde se reafirma el hombre —al que forzosamente debe servir—, mientras que cuando ella gana denigra y veja al hombre al cual debiera servir. Pero si la ética no sirve al hombre, ¿cuál será su utilidad? ¿para qué sirve una ética concebida desde una determinada y particular ideología? En esas circunstancias, ¿tiene algún sentido seguir hablando de ética?

He aquí una de las consecuencias del abuso del lenguaje. Pero repárese en que lo que se deriva de

[6] Cfr. López Quintás, A., *Estrategia del lenguaje y manipulación del hombre*, Madrid, Narcea, 1984, 3ª edición.

[7] Lewis, C. S., *op. cit.*, p. 48.

este eufemismo y mal uso del lenguaje no sólo afecta a la ética, sino también a la realidad: es la realidad la que resulta dañada si la ética deja de ser lo que es y se ideologiza. El nefasto alcance de estas estrategias es claro. Si lo dicho no guarda ninguna relación con lo real, con lo objetivo, con lo que es, entonces, cualquier juicio sobre lo real que sea afirmado atentará contra la propia realidad y, por consiguiente será un juicio de valor ético vaciado de significación. Habremos acabado con la ética y habremos confundido —¿hasta cuándo?— la naturaleza de lo real.

Un ejemplo elocuente de manipulación del lenguaje

Un ejemplo en el que se pone de manifiesto el alcance de las «éticas ideologizadas», es lo que ha sucedido con la píldora RU-486. El efecto de esta píldora consiste, fundamentalmente, en producir o provocar un aborto, lo que no le conferiría originalidad alguna. Ahora bien, al llevar asociada una nueva sustancia —la prostaglandina—, la píldora RU-486 logra la expulsión del embrión, que de otro modo tendría que ser extraído quirúrgicamente. En esto consiste, precisamente, su originalidad.

Recientemente, el ministro de Sanidad francés ha tenido que abrir una investigación a propósito de una mujer de 31 años que en el proceso de aborto, mediante la píldora RU-486, se le ha causado la muerte, posiblemente por un accidente cardiovascular desencadenado de forma súbita por la prostaglandina que contenía esa píldora. Este fallecimiento ha suscitado grandes dudas sobre la seguridad en el uso y empleo de este procedimiento abortivo.

Es posible que al hablar de aborto algunos ciudadanos lo entiendan como un juicio de valor que la ética neutra, laica e independiente no debe hacer jamás, por estar repleta esa expresión, «aborto», de significados peyorativos y tentatorios de interpretación como muerte y asesinato. Por eso nada tiene de particular que para evitar este juicio ético, que desde la perspectiva de la ley natural —por muy malsonante que sea la palabra «aborto» en sus resonancias significativas— es un hecho cierto que causa la muerte de un ser vivo no nacido, es lógico que se intente entonces simular o dificultar todavía más ese juicio ético cambiando la nomenclatura, la terminología. Se va así hacia lo que Gonzalo Herranz ha calificado, con expresión afortunada, como un «nuevo lenguaje orwelliano».

En efecto, Étienne-Emile Baulieu, el inventor de la píldora abortiva, ha acuñado el término específico de «contragestión» para designar tácticamente el aborto inducido por la RU-486.

El motivo por el que se ha sustituido el término de píldora abortiva por píldora para la contragestión responde a dos necesidades o razones. La primera es que no conviene asociar el producto con la más mínima referencia al aborto; la segunda es que, según el inventor del producto, tal píldora no constituye ninguna novedad en el campo del control de los nacimientos.

El propio Baulieu ha afirmado lo que sigue: «De hecho, la interrupción posterior a la fecundación, que tendría que ser considerada como abortiva, es algo que está a la orden del día. El empleo, al tratar del aborto, de palabras como "asesinato" o "matar" sólo sirve para oscurecer los términos reales de un problema que sólo tiene que ver con la salud. Por esta razón hemos propuesto el término "contragestión", una contracción de "contra-gestación", para designar con él la mayoría de los métodos de la fertilidad. Es de esperar que el nuevo término sirva para evitar que el debate se desvirtúe»: estas palabras citadas por Herranz en su informe a petición del Pontificio Consejo para la Familia sobre la píldora RU-486 demuestran, una vez más, la manipulación del lenguaje[8].

El empeño y la vigencia por llevar la ética neutra o laica hacia las más lejanas fronteras del comportamiento humano —algo que no debiera nunca haberse intentado— es tan brutal como el intento de reducir el hombre sólo a pura biología. A quienes propugnan la banalización del lenguaje para vaciar la ética de todo significado habría que proponerles que hay estrategias mucho más eficaces que éstas. Bastaría, por ejemplo, con denominar al hombre con el término de bestia o de animal o, simplemente, mero ser biológico, y de esta manera acabaríamos con todas las implicaciones morales que el término hombre suscita, al parecer enojosamente, para muchos.

El mismo Baulieu tiene la desfachatez de confesar: «Mi propósito es eliminar la palabra

[8] Cfr. López Quintás, A., *op. cit.*

"aborto", porque esa palabra es tan traumática como el hecho mismo del aborto».

El hecho de que esa palabra sea tan traumática como la propia realidad es exactamente lo que debe ser un lenguaje. Si la palabra aborto no fuera tan traumática como la propia realidad habríamos banalizado el lenguaje y si banalizamos el lenguaje, entonces ya no hay que banalizar la ética porque ella misma está vaciada de significación.

Por consiguiente, no es que el propósito de Baulieu —al sustituir la palabra aborto por la de contragestión— tenga un efecto beneficioso para el ser humano. Antes, al contrario, tal intento tiene un efecto nocivo, porque, banalizando el lenguaje, el hombre queda sin resortes y ya no puede resistir, sino que se hace muy vulnerable a la propia manipulación instaurada por los manipuladores.

El eufemismo del concepto de contragestión precisa un comentario más. El nuevo concepto de «contragestión» acuñado podría significar para ciertas usuarias algo así como si el embarazo fuera apenas una «gestión» más y esta píldora lo que haría sería rechazar esa gestión, anularla. Es el mismo tópico, el empleo del mismo eufemismo que cuando, para referirse al aborto, se empleaba el término de «interrupción del embarazo», propuesto como un mero uso alternativo del lenguaje y, naturalmente a su través, de la realidad significada.

Ahora, en lugar de interrumpirse el embarazo, lo que se hace es una contra-gestión, una gestión contraria a la que ya primariamente se había hecho. Pero es curioso que la «gestión» que ya se había hecho no era una mera acción trivial y banalizada, sino simplemente —¡nada más y nada menos!— la génesis de un nuevo ser, la generación de una persona distinta a las que lo generaron, llamada a ser libre y a vivir con personal responsabilidad y libertad, e independientemente de ellos.

Al propiciarse la contragestión se incurre taxativamente en un asesinato, puesto que se sacrifica el fruto de esa gestación a la que algunos han pretendido eufemísticamente denominarle con el término manipulador e infortunado y falaz de gestión.

Pero la RU-486 ha tenido también nefastas consecuencias desde el punto de vista empírico una vez que camuflada, parecía haberse colado ya por el filtro de la ética y cuando algunos empezaban a hacernos creer que tal píldora había sido aceptada por todos. Se estima que los abortos inducidos con la combinación entre RU-486 y prostaglandina fueron de 45.000 hasta mayo de 1990 en Francia, lo cual significa que se realizaban unos 1.000 por semana con esa técnica. Estos datos ponen de manifiesto que la RU-486 afecta a uno de cada tres o cuatro de los abortos producidos en el país galo.

Pero la utilización de esa sustancia tiene, qué duda cabe, efectos nocivos. Por ejemplo, algunos hablan de que se presentan complicaciones graves en un caso de cada 30.000; para otros la incidencia de esas consecuencias graves desciende al 5 por 1.000 de los casos; se habla de que hay una hemorragia importante en el 10 por ciento de las mujeres tratadas, hasta el punto de que algunas de ellas necesitan de transfusiones sanguíneas; que entre el 5 y el 20 por ciento de los casos se produce retención del feto, en las cuales es necesario hacer una evacuación de tipo quirúrgico. Todo esto propicia el que el uso generalizado e indiscriminado de esta droga no pueda emplearse nada más que en esos países que tienen un cierto nivel asistencial. De hecho, hoy en Francia su uso está controlado administrativa y epidemiológicamente con bastante rigor, porque además, produce dolor, lo que exige el uso de analgésicos y la conveniencia de hacer un control ecográfico posterior que evidencia que el aborto ha sido completo, lo que, naturalmente, exige unos recursos médicos imprescindibles y una cierta hospitalización.

Todo esto ha hecho que caiga en desuso la generalización de su empleo —tal y como estaba desde el principio presupuestado— en los países del Tercer Mundo. En la actualidad, hay que concluir que ha habido de hecho un cierto rechazo del «aborto casero» proporcionado por la administración de esta sustancia.

Con este ejemplo, he tratado de explicar cómo la banalización del lenguaje genera el vaciamiento de significado de la misma ética, tal y como lo han puesto de manifiesto Lewis y otros muchos autores. El mismo Pieper se preguntaba hace años acerca de la concurrencia en el mundo contemporáneo de estas manipulaciones lingüísticas y de la confusión que ese lenguaje orwelliano de la interpretación (de la sustitución de términos que nada significan) generaba en la propia persona humana. Pieper se preguntaba lo que sigue: «¿Por qué no han de existir en un mundo descristianizado unas leyes lingüísticas demoniacas,

merced a las cuales lo bueno le parezca al hombre en el lenguaje como algo ridículo?».

Cuando se banaliza el lenguaje, el hombre pierde la conciencia de sí, no puede expresarse ni comprender a quienes a él abren su conciencia. Surge entonces el aislamiento total, el egotismo, el replegamiento en sí mismo. Estamos en el crepúsculo del comportamiento ético y en la emergencia de una cultura instantaneísta. Cuando ya lo único que importa es el instante hedónico, nada puede anticiparse ni futurizarse y, en consecuencia, ningún hombre es capaz de tener ya un proyecto digno de él.

Esto es lo que acontece cuando se opta por la ética del instante, es decir, por aquella que enfatiza el valor de lo inmediato, de la pura instantaneidad subjetiva, del seguir viviendo, del conformarse sólo con sentirse bien, con estar a gusto, con poderse dedicar a los placeres.

Savater (1991)[9] lo afirma rotundamente: «Lo que me interesa no es si hay vida *después* de la muerte, sino que haya vida *antes*. Y que esa vida sea buena, no simple supervivencia o simple miedo a morir». Afirmaciones como ésta en labios de ciertos especialistas en ética traducen la futilidad e instantaneidad a que ha sido condenada la vida humana en su replegamiento hermético. Aquí no puede vislumbrarse ni siquiera la trascendencia; todos los intereses, lo que propiamente interesa a cada hombre —si este autor tuviera razón—, quedaría recortado al aquí y ahora de los límites impuestos por su propia piel. El anhelo de absoluto y la vocación a la eternidad que subyace en toda persona humana han sido reducidos aquí a puro instante, a mero momento temporal caduco y fugitivo.

Acaso más allá de la ética neutra o laica la cuestión que se plantea es la de la deseabilidad social de la ética. ¿Qué ética es hoy deseable? Contestar a esta pregunta no es fácil, pero reduciendo mucho los modelos existentes creo que en una respuesta sintética y que tiene afán de radicalidad la mayoría de las opciones y alternativas éticas que hoy se plantean pueden sintetizarse en una de estas dos: u optamos por el instantaneísmo hedónico, por el replegamiento egotista del hombre en sí mismo, por la negación completa de la trascendencia, es decir, por la negación de la eternidad que es lo que siempre se predicó con el «comamos y bebamos que mañana moriremos» (*carpe diem!*); o, por el contrario, hay que optar por aquella ética que entiende que el hombre es un ser hecho para la inmortalidad, para la eternidad. En el primer caso, la conducta ética así descrita parece optar por el hedonismo; en el segundo, el comportamiento humano parece decidirse por la felicidad. La primera es la ética hedonista, la segunda es la ética de la felicidad. Tampoco desde la perspectiva ética la felicidad y el placer son sinónimos o intercambiables.

El relativismo ético y la tolerancia

Algunos defienden el relativismo ético como una condición necesaria para que sea posible la tolerancia. De este modo fundamentan erróneamente la tolerancia en el relativismo ético, cuando la tolerancia es una convicción ética que se presenta con validez universal y, por consiguiente, en contra del relativismo.

Es frecuente que importantes problemas de la práctica médica se traten desde una perspectiva relativista y de una forma acrítica, lo que paradójicamente es una imposición dogmática. Es el caso, por ejemplo, comentado en no pocas revistas científicas, de Mary O'Connor[10], una enferma que sufrió de demencia, y que tuvo que ser alimentada mediante una sonda nasogástrica a pesar de los deseos expresados por ella antes de llegar a ese estado de no querer vivir si no era capaz de cuidarse por sí misma.

En este artículo se argumenta que las decisiones de los jueces no suelen tener suficientemente en cuenta la información clínica —lo que seguramente sea cierto—, pero sobre todo, como no es posible dar una sentencia a favor o en contra de mantener a la paciente con vida sin imponer un determinado criterio ético, resultará que se producirá una intromisión de la moral particular de los jueces en otra moral particular que es la del paciente y sus familiares. Esto lo argumentan los articulistas de la siguiente manera:

[9] SAVATER, F., *Ética para Amador*, Barcelona, Ariel, 1991.

[10] Cfr. LO. B.; ROURE, F.; DORNBRAND, L., «Family decision making on Trial: who decides for incompetent patients?», en *The New England Journal of Medicine*, 332, 17, 1990, p. 1228.

1. Si se ha de acatar y dar más valor a las decisiones de los jueces, es que se supone (acríticamente) que los extraños pueden juzgar mejor de lo nuestro que nosotros mismos, lo que es una contradicción, pues lo mismo podríamos decir de la sentencia dada por los jueces mismos, y así en una espiral sin término.

2. Es contradictorio admitir que las familias pueden decidir comenzar un tratamiento —como la intubación para la alimentación nasogástrica— pero que, en cambio, no puedan decidir cortarla.

El planteamiento del problema, según estos autores, dejando a un lado otros aspectos en lo que tal vez puedan tener razón, manifiesta una concepción relativista de la bioética, disolviendo la universalidad irrestricta que caracteriza a los valores y normas, lo que, de admitirse, forzosamente ha de acabar por destruir la ética.

Hay dos grandes corrientes en nuestra cultura contemporánea a favor de este relativismo ético. De una parte, aquellos autores que sostienen que cada uno es absolutamente libre para hacer lo que le dé la gana (permisivismo radical). Y de otra, los que se muestran partidarios del atenimiento a las normas éticas por las que se rige en ese momento la sociedad a la que se pertenece (moral dominante), poco importa que la conciencia personal las apruebe o no.

El permisivismo ético es, al menos en el lenguaje de los *mass media*, uno de los rasgos que caracterizan a nuestra sociedad contemporánea, a la que para diferenciarla se califica específicamente de sociedad permisiva. El eslogan del permisivismo ético lo que viene a afirmar es que todo le está permitido al hombre contemporáneo y, en consecuencia, que cada hombre haga lo que le dé la gana. De esta manera, si cada hombre hace lo que le da la gana, se satisfaría la tolerancia y sus propias necesidades porque, entonces, nadie atentaría contra nadie y no se produciría ningún conflicto.

De hecho, la intolerancia es vista como un modo de represión y de sojuzgamiento, de autoritarismo de unos respecto de otros, y esto en función del sistema ético en que cada uno se encuentre. Ahora bien, si el primer principio permisivista es que «cada uno haga lo que le dé la gana», es posible que haya alguien que tenga ganas de no ser tolerante, y en este caso, de ser congruentes con el anterior principio, tampoco le estaría permitido ser intolerante, lo cual en modo alguno asegura la tolerancia.

Ante esta objeción, llena de certidumbre y fundamentada en la personal experiencia de tantos, es fácil que los defensores del permisivismo cambien de escenario para defender sus argumentos, sin olvidarse ahora de que aquello de que se trata es que cada uno haga lo que le dé la gana, pero dentro de lo que naturalmente le es propio hacer según su naturaleza, es decir, que cada uno haga lo que le dé la gana siempre que sea natural aquello que le da la gana hacer.

Se sobreentiende que si la gana que cada uno tiene de hacer algo es natural, entonces no habría conflicto porque dentro de la naturaleza humana todo estaría amañado para que nadie fuera intolerante o conflictivo, respecto de otro. Ahora bien, si preguntamos a esas personas si están de acuerdo en qué es, exactamente, lo natural que conviene hacer para ser tolerante, descubriremos con cierta facilidad que muchos de ellos no coinciden en lo que entienden por eso ni siempre en qué sea lo que hay que hacer para no incurrir en la intolerancia.

Por eso, el naturalismo y el espontaneísmo defendidos por la permisividad social no parece que puedan garantizar el estado de tolerancia, sino que más bien van en su contra. No basta, pues, para ser tolerante con que cada uno haga lo que le dé la gana. Sería más conveniente —para garantizar la tolerancia que se persigue— que cada uno hiciera lo que le diera la gana siempre que según su naturaleza aquello convenga a su ser.

Lo normal, lo ordinario y lo natural en el hombre sería que para hacer lo que le dé la gana, éste supiera al menos el porqué de esa gana concreta, cuál es su origen, es decir, que dispusiera de un mínimo e imprescindible saber acerca de su propia gana, puesto que si no la conoce no la podrá dirigir y, por tanto, no podrá autogobernarse. En definitiva, que ni siquiera el eslogan de que cada uno haga lo que le dé la gana podrá llevarse a término si uno ignora qué es aquello que quiere hacer, el origen del deseo de hacerlo y el fin que se propone al hacerlo.

Por contra, de ser válida la hipótesis permisiva, la intolerancia sería inevitable porque bastaría que cada uno hiciera aquello que es incompatible con lo que hacen los demás y estaríamos presenciando la génesis del conflicto. Para hacer cada uno lo que le viene en gana es bueno saber, en primer lugar, cuál es la gana que uno tiene, cuál es su origen, cómo se puede satisfacer, por qué, y, en segundo lugar, es preciso saber también cuáles son las «ganas» de los demás y cómo se pueden compatibilizar y articular aquéllas con las «ganas» propias. Sólo así podría legitimarse la tolerancia que tanto hoy se anhela.

Ahora bien, si no llegamos a ese mínimo común en el acuerdo, en el consenso entre lo que debe respetarse del prójimo — a pesar de que limite, restrinja o interfiera parcialmente o relativamente las propias acciones—, si no llegamos a satisfacer ese mínimo, la intolerancia estará servida.

Por contra, si llegamos a ese mínimo estará salvada la tolerancia, y eso no por un mero pacto propio del relativismo moral, sino como consecuencia de satisfacer el «ethos» social. Este espíritu de tolerancia ha demostrado ser una convicción que tiene validez universal, es decir, justamente todo lo contrario que proponía la tesis permisiva del relativismo moral.

Además, esa tolerancia puede fundamentarse, todavía más, en la dignidad de la persona humana. Si a mí me está permitido hacer tantas cosas, también a los demás deberá estarles permitido hacer lo que hacen. Pero, tanto los demás como yo nos realizamos en sociedad —porque no nos perfeccionamos sino mediante la ayuda mutua en el contexto de ese tejido que constituye la convivencia con los demás—, por lo que será necesario defender la tolerancia para que cada uno pueda seguir haciendo lo que considera que debe hacer.

Esto quiere decir que con la mera permisividad —por muy radical que ésta sea— y sin la tolerancia, el comportamiento humano se desmotivaría o se orientaría hacia la agresividad. En efecto, cuando el hombre está desmotivado se siente arrojado a la indiferencia y, por tanto, no encuentra nada que le haga diferente o nada que le valga la pena para salir de su indiferencia inicial. De otra parte, el malestar que comporta sentirse aburrido e indiferente —cosa que acontece cuando no se tiene proyecto alguno— puede condicionar la emergencia del comportamiento agresivo. Pero si emerge la conducta agresiva habrá comenzado la destrucción del tejido social, es decir, el conflicto de todos contra todos, un medio éste muy eficaz para acabar con el «ethos» que anida en cada hombre. He aquí el perfecto y vicioso círculo generado por la ética relativista.

La tolerancia, tal y como aquí se ha concebido, relativiza el relativismo ético y al relativizarlo demuestra que la ética se sitúa más allá de lo que es relativo, que la ética tiene una vocación universal y absoluta, es decir, que el comportamiento ético, en última instancia, está apoyado en una verdad que a todos nos afecta.

Por eso, el comportamiento bueno debe ser compatible con la tolerancia, como el comportamiento malo suele ser incompatible con ella. La tolerancia se nos aparece aquí como algo bueno y la intolerancia como algo malo. Lo cual viene a confirmarnos, un vez más, que hay que atenerse al primer principio de la ley natural: «hay que hacer el bien y evitar el mal», lo que aplicado aquí significa que debemos hacer posible la tolerancia y evitar la intolerancia. Pero esto, insisto, es lo contrario de lo propuesto por la ética relativista.

Por otra parte, si lo que hay que hacer es el bien y evitar el mal, si lo que hay que hacer es favorecer la tolerancia y evitar la intolerancia, entonces hay que concluir que todo, lo que se dice todo, no está permitido al hombre. Estos argumentos vienen en apoyo de la presencia de una cierta naturalidad en la libertad humana, por la que el hombre, ciertamente, puede hacer muchas cosas, pero siempre que sean conformes con su naturaleza. Esto es lo que logra demostrar el espíritu de tolerancia bien entendido.

Y también, a la inversa, que hay una cierta libertad en la naturalidad de las acciones, es decir, que la propia naturalidad de nuestros actos comporta un mínimo ético de libertad, traspasado el cual esa naturalidad no es posible porque entra en conflicto con el ser natural de los demás.

Por consiguiente, el espíritu de tolerancia no está a favor del relativismo ético, sino que, antes al contrario, lo que manifiesta es la validez de la convicción de las leyes universales, que es en cierto modo explicable por la naturalidad de la libertad y por la libertad de la naturalidad.

Otros apoyan el relativismo ético en lo que denominan moral dominante o sociologismo ético. El sociologismo ético lo que viene a decir es que para evitar los conflictos, para que sea posible la tolerancia, lo ideal es que el hombre se adapte a su medio, a la sociedad en que vive. Y eso a pesar de que para hacer posible esa adaptación en algunos casos tenga que sufrir su comportamiento ético, ya que —en opinión de estos autores— es mejor padecer ese sufrimiento, con tal de que se evite el conflicto y la contradicción.

En el fondo, lo que aquí se nos propone es que cada persona viva de acuerdo con la situación social en la que se encuentra y se atenga a las normas éticas por las que se rige esa sociedad (moral dominante), poco importa que su conciencia esté o no de acuerdo con ellas.

El seguimiento de este consejo transformaría la ética en una «ética de la situación», una ética situada que lejos de garantizar y robustecer la tolerancia acabaría con ella. En efecto, si la ética es relativa, no se entiende por qué tiene que haber una ley universal que nos aconseje o nos obligue a vivir de acuerdo con la moral dominante. En una situación así, ni siquiera se podrá argumentar que es a fin de defender el espíritu de tolerancia, porque ese argumento habría que cuestionarlo y debe responder de las siguientes preguntas: ¿Es que acaso el espíritu de tolerancia es el fin último del hombre? ¿Debemos admitir, entonces, que hay un fin universal para todos los hombres que es la tolerancia?

De admitirse ese fin último y su contenido —la tolerancia—, entonces, tendremos que refutar el relativismo ético. De otro lado, si la moral dominante es la que sale garante de la tolerancia, ¿de dónde le viene esa dominancia? Es decir, la racionalidad de esta situación y de la misma ética situada demandan que se conteste a las preguntas siguientes: ¿Quiénes son los artífices de los cambios éticos hasta llegar a la moral dominante, en la sociedad en que vivimos? ¿Quién es el que cambia la dominancia de la ética dominante? ¿Quiénes son los dominantes y los inspiradores de la dominancia ética?

Porque, quien la cambie tendrá que contravenir el principio de la tolerancia, el cual, por otra parte, no se podrá recuperar para imponerlo de nuevo a los demás invocándolo, una vez más, como el último fin del comportamiento humano.

Si se admite la moral dominante es porque algunos han dominado la moral. Pero los que la dominan son precisamente los que no han sido tolerantes, es decir, los que son o fueron intolerantes, pues de otro modo no la hubieran dominado. Y una moral así dominada e impuesta de ese modo muy probablemente será ya una moral viciada y vacía.

Para otros, lo que se está pidiendo con este relativismo ético es que las personas sean tolerantes respecto de aquellas que no lo fueron en su día. Pero ¿no es una *contradictio in terminis* ser tolerantes respecto de los intolerantes? ¿En virtud de qué principio ético puede pedirse a una persona que sea tolerante con los que precisamente, por su intolerancia, dieron origen a una moral dominante, en la que ya no es posible la tolerancia?

Basta con observar el comportamiento humano de ciertos sectores de nuestra actual sociedad para enseguida concluir con el hecho riguroso e incontrovertible de que vivimos en el ámbito de una pluralidad ética. Lejos de que exista una «moral dominante», lo que hay que decir, para ser más exactos, es que lo característico de ciertos sectores de la actual sociedad europea es una cierta confusión moral, y en algunos contextos muy concretos un oscurecimiento de los valores que facilita el que el comportamiento humano sea inconsecuente, impidiendo así el que el hombre se proyecte y autogobierne, en función de determinados fines y valores.

Más aún, lo que cabría demostrar hoy es que no sólo no hay «moral dominante», sino que la moral no domina la sociedad, o, dicho de otra manera, que la persona no parece haber encontrado en los valores mostrados por la sociedad dominante aquellos que le motivarían a apostar su vida y arriesgarla, con tal de dar alcance a su cumplimiento y consecución. Esto significa que no hay tal «moral dominante» y que, por consiguiente, constituye una falsedad invocar la tolerancia para reponer algo como ella, que de hecho no está arraigada en nuestro contexto cultural.

Por último, si se aceptase el argumento relativista de priorizar la adaptación a la «moral dominante» como el primer valor ético, habría que decir que una moral así se configuraría como una ley universal, pero entonces una vez más habríamos acabado con el relativismo ético. Una ley universal como la que aquí se nos propone no hace al hombre más libre sino más esclavo, porque causaría que se adapte a la «moral dominante» aquel que es, precisamente, dominado por ella. Por eso, el así llamado espíritu de dominancia, lejos de liberar al hombre, lo dominaría y lo utilizaría, y esto choca frontalmente contra lo que es la dignidad humana, que es uno de los fundamentos éticos más defendidos desde antiguo.

Por eso, si hubiera muchos hombres que siguieran la «moral dominante», habría que calificarles bien de oportunistas o bien de esclavos. Serían oportunistas porque lo que demostrarían estar buscando es rehusar no la intolerancia, sino la discusión abierta y pública acerca de diferentes valores, de manera que cada uno escoja los propios, en función de lo allí discutido y siempre de acuerdo con su conciencia.

Obsérvese que ese rehusar la discusión no se hace en favor de la tolerancia, sino en favor de apenas una oportunidad más para seguir escalando los puestos sociales relevantes. En ese caso, de una persona que subordina su ethos en favor del oportunismo y de la relevancia social ¿puede decirse que su comportamiento sea ético? ¿No será que lo manifestado por el oportunismo es el modo como ha cristalizado un valor por encima de todos los otros? ¿Puede considerar la relevancia social como el valor subordinante al que deben estar subordinados los demás valores? ¿Para qué serviría una ética cuyo fin no es otro que hacer relevantes a las personas que mejor cumplen con ella?

Podrían ser calificadas de esclavas aquellas personas que por seguir la «moral dominante» han sido capaces de someter su comportamiento, no a una ley universal, no a un ordenamiento de la razón, de la recta razón, sino al ordenamiento conjetural y transitorio realizado por las personas que están en el poder. Esto significa, entre otras cosas, que han perdido su propio gobierno, que han renunciado a autogobernarse, a cambio de secundar lo que otros han determinado respecto de lo que debe ser su conducta. Pero una persona así está poniendo en grave peligro su dignidad personal, y, por consiguiente, su comportamiento tampoco es ético.

En conclusión, el relativismo ético no puede defenderse a través de las hipótesis de la permisividad ética ni con el concurso de las hipótesis de la «moral dominante», entre otras cosas porque ambas hipótesis suponen un mentís rotundo a lo que precisamente querían probar: la racionalidad del relativismo ético.

La ética sociológica y culturalista

Algunos atribuyen los nuevos cambios del comportamiento humano, simplemente a los cambios sociales que se han producido, como si el contexto social fuera causa y no consecuencia del obrar humano. Al proceder así parece como si se hubieran cambiado los conceptos morales que fundamentaban las diversas opciones axiológicas y la jerarquía de los valores sociales por los que el hombre se regía. El estudio de estos cambios desde la perspectiva psicológica —cualquiera que sea el momento histórico en que se estudien— demuestra la aparición de la siguiente secuencia: a los cambios de valores sigue un cambio de actitudes, y a éstas un cambio de comportamiento.

Los cambios de valores acontecen a nivel personal y de aquí se transmiten al contexto social; los cambios de actitudes acontecen también en el ámbito de lo individual, pero son muy permeables a los cambios de valor social, de los que en cierto modo son consecuencia y a los que en alguna forma contribuyen a robustecer de manera que lo actitudinal deviene en un puente entre lo axiológico y lo comportamental, y, finalmente, los cambios de comportamiento derivados de los cambios anteriores vienen a sancionar los nuevos valores que ahora, con su concurso, cristalizan y se hacen patentes en forma de comportamiento estable.

Pero no acaba ahí esa secuencia, sino que los nuevos comportamientos generan, a su vez, nuevos valores que producirán nuevos cambios de actitudes y éstas nuevos comportamientos.

Algunos autores, influidos por la psicología, reducen la ética a mero proceso psicológico (confunden el hecho causal con sus manifestaciones secuenciales y pautadas) o la derivan de la sociología (confunden ética y cambios sociológicos), mostrándose en definitiva como partidarios de una ética genitiva y derivada de lo sociológico y lo cultural, es decir, como una ética sociológica y culturalista).

En realidad, desde este horizonte, los nuevos comportamientos nada dicen respecto de la ética. Para los partidarios de la ética sociológica cualquier cambio de valores supone, simplemente, una transformación de los valores que anteriormente se percibían como valiosos y que, en la actualidad, han dejado de serlo y por eso han dejado paso a otros nuevos, en función de un complejo universo de variables muy difíciles de individuar y que desde siempre ha influido, con mayor o menor intensidad, en la conducta del hombre.

Los valores —dicen— se transforman y unos sustituyen a otros, precisamente porque pierden su evidencia antropológica (o tal vez porque nunca la tuvieron), o cuando ya no son congruentes, cuando se rechazan colectivamente tras una etapa en que han sido revisados, criticados y discutidos. Los cambios bruscos de valores, al

generar nuevas actitudes y nuevos comportamientos, generarían nuevos modelos morales y, en consecuencia, las situaciones críticas, disruptivas o no continuistas, las grandes revoluciones morales son aquellas en que unos modelos morales sustituyen a otros.

Pero no basta con que unos valores sean sustituidos por otros para que se dé una revolución moral. Es preciso, además, que los nuevos valores emergentes no atenten contra la dignidad y la naturaleza del hombre, pues, de lo contrario, más que de una revolución moral se trataría de una involución moral personal y social.

La anterior explicación —excesivamente dependiente del positivismo sociológico— se deja en el tintero demasiadas cosas, como, por ejemplo, que no es que los antiguos valores dejen de tener validez social porque hayan perdido su evidencia antropológica. De otra parte, ¿cómo puede perder esta evidencia antropológica un valor que está fundado sobre la naturaleza del hombre?

Hoy estamos ante disvalores o contravalores que aparente y parcialmente parecen haber sustituido a los anteriores, pero no a causa de que los anteriores no tengan ya vigencia o evidencia antropológica interna —que por ser naturales, necesariamente la siguen teniendo—, sino porque han sido encubiertos por otros comportamientos humanos más placenteros y fáciles de imitar que aquéllos y que emergen en el horizonte cultural como más deseables socialmente. Además, se confunde muchas veces la validez social de un valor —nota ésta que por sí sola tampoco sirve para la fundamentación de un valor— con los supuestos antropológicos en que dice fundarse, como si la validez social (lo que es apreciado por la sociedad en un determinado momento y, por tanto, algo efímero) fuera coincidente con lo que es la persona humana (lo permanente).

En cierto modo, lo que hoy acontece no es tanto que el comportamiento humano se haya adaptado a ciertos valores problemáticos e innovadores como que se pretendan imponer desde ese nuevo comportamiento, *a fortiori*, unos nuevos valores, para que, de esta forma, tal conducta devenga ella misma valiosa.

Tal irracionalidad comportamental insatisface frontalmente principios éticos imprescindibles, por lo que este modo de proceder dudosamente contribuirá a crear nuevos valores, poco importa lo mucho que sea la deseabilidad y vigencia social con que estas conductas quieran adornarse.

La ignorancia de la ética hace que se privilegie al comportamiento por encima de todo, que primero sea el comportamiento y luego los valores. Pero ¿para qué sirve un comportamiento que no apunta a una finalidad, que no es guiado hacia una meta o propósito, que no se encamina a la consecución de un valor? Aquí se ha producido una inversión, por cuyo defecto la conducta humana ha perdido su fin, ha dejado de ser propositiva y finalista y se ha hundido en el caos y la improvisación de la circunstancia y del contexto social donde acontece.

Contra este argumento hay que señalar que los valores naturales continúan teniendo congruencia y coherencia antropológica y que, por tanto, siguen siendo evidentes por sí mismos; lo único que puede haber cambiado es su mayor o menor vigencia y deseabilidad social —pero eso en nada modifica su fundamentación ni su valer—, fruto casi siempre de las modas, de la estulticia humana y de la falta de reflexión. Pero ya sabemos que la vigencia y deseabilidad social no pueden erigirse en las fuentes inspiradoras del comportamiento ético.

Para un sector minoritario de la cultura contemporánea lo que hace que algo valga, que algo tenga vigencia es que sea socialmente deseable. Cuando algo es deseable por la sociedad o por las personas que componen la sociedad, aquello tiene vigencia, tiene validez social y si algo ya es válido, entonces la persona trata de imitarlo, de identificarse con ello, reconfigurando su conducta de acuerdo a eso que en ese momento determinado se nos ofrece como valioso.

He aquí la importante función social de la moda o la autorrealización del hombre en función de ciertas claves, de ciertas referencias axiológicas que le brinda cada coyuntura histórica. Pero en ningún modo esto supone que la ética pueda ser reducida a algo genitivo, es decir, que la ética sea dependiente de unos determinados valores sociales, ni tampoco que la ética pueda derivarse de lo que en una determinada cultura y/o un determinado momento sea tomado como valioso. Si la ética fuera así, devendría en una ciencia subordinada y sometida, una pura excrecencia de determinados usos sociales, una ética parasitada, al fin, por el comportamiento humano al que debía iluminar.

Pero en la realidad, las cosas suceden de otra forma: es que la ética es la inspiradora del comportamiento humano, y no al contrario. Cuando se invierte esta relación, es decir, cuando el comportamiento humano ocupa un puesto relevante en la génesis del comportamiento ético, entonces hay que decir que han fracasado ambos: ha fracasado el comportamiento humano, porque ha dejado de ser un comportamiento propio del hombre; y ha fracasado la ética, porque no es posible concebir la ética como una ciencia subordinada, residual y derivada del comportamiento humano.

Ahora bien, que no seamos partidarios de las anteriores hipótesis, no significa que no veamos la conveniencia de analizar las relaciones que hay entre conciencia ética, vida personal y comportamiento social. Cuando una conducta se manifiesta, no sólo el hombre se expresa en ella, sino que también sirve de inspiración, de modelo para que otros hombres la imiten. Dicho de otra forma: todo comportamiento humano tiene una dimensión social a través de la cual se interactúa con las personas y con el medio.

Si se amputara la dimensión social del comportamiento humano, el hombre no sería el hombre porque habría perdido algo que él necesita: enriquecerse con los hábitos que observa realizados en los demás y que se ponen de manifiesto a través de las relaciones sociales. Dicho de otra forma, si suprimimos la dimensión social que toda conducta humana conlleva, incurriríamos en el individualismo egótico y solipsista —cerrado a la solidaridad—, por el que la persona se perdería en el vacío sin apenas referencias de las que servirse para reorientar su comportamiento.

El argumento puede tomarse también desde el horizonte de la dimensión personal del comportamiento social. La sociedad no debe concebirse como algo que sin más está ahí generando estilos de comportamiento que después, por imitación, todos realizamos. Lo que sucede es que, cualquiera que sea la costumbre social que estudiemos, se descubre muy pronto en ella una dimensión personalista que tampoco puede excluirse ni amputarse.

En efecto, si en las costumbres sociales no hubiera una dimensión personalista, entonces los comportamientos en que aquéllas se realizan serían comportamientos anónimos, y, en esas circunstancias, la anomia social sería un hecho, lo que nos obligaría a no entender la persona como un ser social. Por consiguiente, no se puede excluir esa dimensión personalista de las costumbres sociales. Cuando se intenta excluir esta dimensión del comportamiento humano hundimos a la persona en el colectivismo gregario, donde ya no cabe sino la despersonalización. En efecto, en esa circunstancia la persona deviene en un elemento anónimo, la parte de un conjunto o la parte de un todo sin que tenga responsabilidad ni como todo ni como parte.

Una ética así concebida contraviene los dos principios esenciales que regulan el orden social: el de subsidiariedad y el de solidaridad. Por el primero, ninguna sociedad ni ningún Estado pueden jamás sustituir la iniciativa y la responsabilidad de las personas y de las sociedades intermedias en los niveles y ámbitos en que éstas puedan actuar. Por el segundo, es obligación de todo hombre el contribuir con sus semejantes al bien común de la sociedad. Por la negación del primero se cae en el colectivismo; por la del segundo, en el individualismo. Ambos —colectivismo e individualismo— asfixian y destruyen el orden social.

Por todo esto hay que insistir, una y otra vez, en la importancia de la conciencia ética como fuente de nuestros actos y, sobre todo, como juicio que sirve para reorientar, reconfigurar, remodelar y rectificar nuestros propios comportamientos; comportamientos que en su origen son personales pero que por estar abiertos a esa dimensión social contribuyen de forma importante a crear, generar, implantar y/o robustecer lo que son las costumbres sociales en las que se acunan nuestra vidas.

De aquí también que cualquier costumbre social se interiorice a través de la vida personal y pueda reconfigurar, moldear o sesgar nuestra propia conciencia.

En síntesis, entre la propia conciencia individual y las costumbres sociales deben articularse algunas relaciones como consecuencia de las cuales el hombre funda su identidad personal y habita un mundo que propiamente le pertenece. Y es que ningún hombre es un ser aislado, sino que es un animal social, un animal político y, por consiguiente, vive en un contexto y necesita de ese contexto. Se podría afirmar que toda conducta tiene una dimensión ejemplar. Y ejemplar, no sólo en tanto que puede ser imitada, por importante que pueda ser el que a través de la imitación pueden secundarse esas mismas costumbres.

La ejemplaridad de la conducta del hombre es importante, sobre todo, por la dimensión social del comportamiento humano, ya que a a través de la vida personal de los ciudadanos con los que vivimos, todos contribuimos a moldear o configurar una nueva conciencia que, de otra parte, es la causa de nuevos comportamientos.

Efectivamente, cuando nos comportamos de una determinada manera hacemos que ciertos valores emerjan en la sociedad en que vivimos, mientras que otros valores hasta entonces quizás vigentes, deseables y válidos socialmente, quedan aplazados o extinguidos. Ese cambio zigzagueante de los valores no se hace sino por medio y a través de nuestro comportamiento. Por eso tampoco hay comportamientos indiferentes. Toda conducta personal tiene esa dimensión social y a través de ella puede contribuir a la configuración de una nueva conciencia y de una nueva sociedad.

Por otra parte, la conciencia no siempre es manipulable desde el comportamiento de los otros sino que ella misma, cuando está bien formada, tiene capacidad para juzgar el comportamiento de los demás y a través de esos juicios y de esas calificaciones decidir qué es bueno, y por tanto, debe seguirse, y qué es malo, y por tanto, debe evitarse.

Dicho muy brevemente: disponemos de dos grandes procedimientos, hoy a nuestro alcance, para modificar o para implantar la ética que el hombre necesita para ser feliz. Por una parte, a través del propio comportamiento, dada la dimensión social que toda conducta humana tiene en tanto que sirve como modelo o causa ejemplar para el comportamiento de otras personas y, lo que es más importante, porque sirve también, aunque no lo pretendamos, para modificar y configurar de otra forma la conciencia de los demás y a través de ella reformular o emerger un nuevo comportamiento. El otro gran recurso consiste en formar rigurosa y científicamente, desde la perspectiva de la ética, la propia conciencia.

Quizás este último medio sea todavía más importante: en primer lugar, porque muchas veces la conciencia tiene un carácter fontal y autorregulativo de los propios comportamientos y una conciencia bien formada puede ser garantía de que nuestros comportamientos pueden surgir bien diseñados o rectificarse, en función de los juicios que de ellos haga la conciencia.

Y, en segundo lugar, porque al vivir el hombre en sociedad, debe tomar decisiones acerca de lo que observa en los demás, de lo que debe o no hacer, etc. A la conciencia compete, y sólo a ella, juzgar qué comportamientos son buenos, y deben realizarse, y cuáles son malos, y deben evitarse. Por consiguiente, ese espíritu crítico de la conciencia bien formada es absolutamente irrenunciable si de verdad queremos que emerja y brille en la sociedad el comportamiento ético al cual debe ajustarse el hombre para alcanzar su fin personal. Esto demuestra, una vez más, que todos somos solidarios e interdependientes y que desde la perspectiva ética nadie es una isla, nadie está aislado y nadie puede, en consecuencia, refugiarse en un solipsismo egotista y aislacionista.

La aporía de la universalidad frente a la singularidad

Algunos se extravían por tratar de reducir y simplificar todo el comportamiento ético de manera que forzándolo tenga cabida —poco importa que se le deforme o tergiverse— en la cuestión dilemática: universalidad frente a singularidad. Si estas dificultades no se resolvieran, estaríamos en una de aquellas tradicionales *insolubilia*, que tanta tinta han hecho verter. Pero estudiemos por separado cada uno de los extremos de esta cuestión dilemática.

El *universalismo* ético está abocado al fracaso —según el redundante argumento argüido por algunos— por descansar sobre proposiciones demasiado abstractas que a la postre acaban por ser demasiado poco concretas. Esto es lo que acontece cuando se habla de «conseguir el mayor bien posible para todos los hombres». En otros casos, se supone que el hombre debe optar siempre por el bien común, el *bonum commune*, con olvido del bien personal, y aun en su contra.

Ambas formulaciones designan y propugnan la aspiración a la vida lograda, que no puede ser tal, por cuanto que ni siquiera como vida se da en ningún lugar. Incluso la formulación «todos los hombres» es sustituida por otros por la de «el mayor número posible de hombres». Ni siquiera la matización de esa universalidad mediante una restricción que parece más posibilista, resuelve la ineficacia del supuesto universalismo ético. «La máxima —escribe Spaemann—, hoy tan apreciada, "todo para todos" es una metáfora hiperbólica que, tomada literalmente, es incompatible con las condiciones de la finitud»[11].

En realidad, mientras que la amistad —el *amor benevolentiae*— se predique de forma general, no logrará ir más allá de ser un deseo de buena voluntad. Pero los buenos deseos no se transforman en realidades por el solo y exclusivo hecho de que se deseen. Y es que el universalista, siguiendo a Spaemann, no advierte que «ni las reglas ni los imperativos son nunca lo primero», que hay que plantearse antes cómo se debe vivir que lo que se debe hacer.

Bajo la formulación universalista se escamotea la donación incondicionada al otro, simultáneamente que se sustituye ésta por una inclinación cuya razón no está en el otro, sino en aquél. En un caso como el representado en la tesis universalista, el objeto de la donación se elige de forma arbitraria, mientras se absolutiza la donación no tomada como lo que es —el símbolo del absoluto—, sino como su transformación en el mismo absoluto. El otro ya no es una representación de lo incondicionado, sino su sustitución. En definitiva, la donación universalista es una donación aparente que se recobra en el hermetismo del propio yo. De aquí que esa donación no abra a la persona a la realidad que le revela su propia identidad.

Intentar suprimir la contingencia inicial de la benevolencia por supuestamente entregarse al todo del todo no consigue sino demostrar que al otro no se le ha estimado en absoluto, puesto que no se le reconoce como sujeto capaz de reivindicar derechos[12].

La constitución de la vida individual —que al fin es la que hay que entregar— la revela como algo particular y finito en su singularidad. En consecuencia con ese modo de ser singular, resulta muy difícil realizar lo universal. Y, sin embargo, sería calificado como de muy poco ético no percibir con idéntica nitidez la realidad cercana que la lejana; el hecho de que no se generen las mismas actitudes benevolentes respecto de un accidente de tráfico ocurrido en Asia que respecto del accidente que aconteció en las personas que viajaban en el vehículo inmediatamente anterior al nuestro. Y es que, como afirma Spaemann, «siempre que la universalidad de la benevolencia sea meramente abstracta, es decir, se refiera a "todos los hombres", no existe propiamente nadie para quien la benevolencia fundamental tenga un valor efectivo»[13].

En cierto modo, la ineficacia de las tesis universalistas se comprueba de inmediato en la indiferencia del hombre frente a los acontecimientos que le son lejanos en el espacio y en el tiempo.

Hacerse cargo de la realidad, percibirla racionalmente, significa que el hombre sale del propio horizonte que le recorta su instinto —y en el que estaba instalado— para abrirse a otra realidad —la del otro— en un nuevo horizonte en el que también el hombre se descubre a sí mismo al descubrir a los demás.

Ningún animal es capaz de trascender su instinto y hacerse cargo de la realidad; el hombre sí. Pero precisamente por esto tiene que haber también un orden en su benevolencia, pues de lo contrario, si él optara por «todo para todos», él mismo se consideraría como lo que no es, lo inconmensurable; es decir, no se percibiría como un alguien relativo capaz de relativizarse a sí mismo, sino como un alguien absoluto, lo que ya no le abre a un horizonte propiamente humano, sino que emergería a otro horizonte deshumanizado, o patológico.

El distanciamiento físico de quien precisa ayuda genera insensibilidad e insolidaridad en quienes están lejanos, pero no por generar una actitud antiética, sino por un natural y real sentimiento de impotencia. Por contra, al desdistancializarse el sujeto se absolutiza a sí mismo sin que descubra a los demás ni se descubra a sí mismo en ellos. Al desdistancializarse de lo que es distante, el hombre se encubre a sí mismo, adormeciéndose en un sueño erróneo. Esto es lo que acontece, como dice Spaemann, «cuando el universalismo de la razón entra directamente en colisión con la particularidad y finitud de la vida individual»[14].

Un modo de descubrirse a sí mismo exige la percepción realista de los demás y en un horizonte común. En esas circunstancias cualquier situación de proximidad a un hombre necesitado de ayuda, hace que lo percibamos como el prójimo y en esa proximidad es donde el otro se me revela como real. En esta situación no buscada

[11] SPAEMANN, R., *Felicidad y benevolencia*, Madrid, Rialp, p. 167.
[12] Cfr. Ídem, pp. 165-169.
[13] Ídem, p. 166.
[14] Ídem, p. 172.

ya no me es posible escapar de allí o sumergirme en la indiferencia, a no ser que frustre la actitud de benevolencia nacida en mí. Pero si la frustro —no se olvide— yo mismo me frustro, porque no me hago cargo de la realidad del otro —en donde a mí mismo me descubro—, que se me ha revelado precisamente gracias al surgir en mí de esa actitud de la benevolencia. Es aquí donde acontece el compromiso ético insoslayable, y no tratando de buscarlo en situaciones donde por la propia finitud humana no podemos encontrarlo.

Así es como se concreta el realismo ético del orden de la amistad, sin arrogarse en los excesivos aperturismos universalistas y sin replegarse en los hermetismos de la singularidad egotista. «Frente a la información universal, difusa e imperceptiva acerca de la miseria humana —escribe Spaemann—, lo que importa es permitir que se haga efectiva para nosotros una parte pequeña de lo que sabemos, a saber, una parte equivalente a nuestro poder de extraer activamente consecuencias de las ciencias propias»[15].

Esto en absoluto significa que podamos renunciar a los principios y leyes universales de la ética.

Pues, como afirma Rodríguez Luño, «la ley moral tiene, en la inteligencia humana, las características de un conocimiento universal; se trata de un conjunto de verdades que indican el orden general que deben seguir las acciones humanas. Pero como las acciones son siempre singulares, el hombre, para conocer la moralidad concreta de sus actos, necesita aplicar la ley moral a cada una de sus acciones, atendiendo a sus peculiares circunstancias; (...) esta aplicación de la ciencia al acto se llama conciencia moral»[16].

Estudiemos ahora el otro extremo de la cuestión dilemática al que aparecía enfrentado el universalismo: la *singularidad*. La cuestión dilemática universalismo versus singularidad, se plantea, sobre todo, en la «ética de la situación», una ética que sostiene que es más importante la circunstancia que el individuo, el contexto que la persona, el ambiente que el hombre. Según la ética de la situación, el comportamiento humano no puede fundamentarse sobre leyes universales que además sean válidas para todos los hombres y en todos los tiempos y en todos los lugares. La ética de la situación busca fundamentarse en las condiciones y circunstancias concretas en que se encarna cada comportamiento. Dicho de otra forma, la ética de la situación es una ética siempre situada, circunstanciada y, hasta cierto punto, parasitada por esas circunstancias que son las que se convierten en criterio decisorio y finalizado para evaluar el comportamiento humano.

Quien esto escribe no está a favor, obviamente, de una ética descontextualizada. No; la ética debe tener en cuenta las circunstancias porque éstas pueden matizar, corregir, ampliar, intensificar las consecuencias, modificando incluso la gravedad o levedad de una determinada acción. Pero que se tenga presente el contexto, que se evalúe éste en su justa proporción no significa que demos todas las prioridades a lo situativo de forma que nos hundamos en una ética sólo atenida a lo circunstancial y situado.

Es frecuente que en el tratamiento de la eutanasia se abogue por una ética de la situación, orillando todo universalismo que comporta la ley ética. Robinson resume bien esta idea en la forma de un conflicto entre lo que denomina «teoría ética» (universalismo) y «teoría práctica» (singularismo)[17]. La autora aboga por un sincretismo ético, que parece manifestar un cierto fondo escéptico a una teoría unitaria de la bioética.

Ciertamente, los que defienden la ética de situación dicen que cada situación humana, el marco social, cultural, político, económico, etc., donde acontece un comportamiento humano es siempre para aquella persona algo irrepetible, un momento de su vida que si no estelar sí que es irreversible y, en tanto que irreversible, irrepetible y, por consiguiente, único.

Esto es cierto, sin embargo, los que son partidarios de la ética de situación siguen diciendo que no puede entenderse o calificarse un comportamiento con una categoría universal cuando ese comportamiento es único. Dicho de otra forma, quienes así piensan lo que vienen a sostener es que en cada caso particular cada acción humana se guía apuntada por una conciencia que, desentendiéndose y no ateniéndose a las

[15] Ídem, p. 173.
[16] Cfr. RODRÍGEZ LUÑO, A., *op. cit.*, p. 99.

[17] Cfr. ROBINSON, J., «Euthanasia: The Collision of Theory and Practice», *Actas del II Congreso Internacional sobre Derecho sanitario y Ética*, con el título «Law, Medicine & Health Care», 1-2, primavera-verano 1990, pp. 105-107.

leyes universales, siempre ha de juzgar de forma innovadora ese acto.

Con otras palabras: la conciencia decidiría innovadora y creativamente acerca de la moral individual de cada comportamiento humano, sin tener en cuenta el orden de la recta razón ni la ley moral o natural que está en el individuo que juzga ese comportamiento. Una ética así es una ética situada en ella misma y, por consiguiente, no universalizada, parasitada por las circunstancias, entre las cuales también se incluyen los sesgos, errores e inferencias arbitrarias.

Aquí son las circunstancias las que determinan qué es ético y qué no, y, por consiguiente, cualquier juicio ético aparecerá siempre como algo excesivamente contextualizado, como una consecuencia del contexto desde el que se juzga. Se diría que una ética así es la ética del contexto. Pero el contexto aquí ha sustituido al propio texto que había que juzgar, el comportamiento humano, bajo el pretexto de dogmatizar o universalizar a la propia circunstancia.

La ética de la situación ha individuado todavía más a la persona humana, encerrándola en su hermetismo, como si el conocimiento del hombre no estuviera abierto a lo universal, simultáneamente que ha trasladado la categoría de universalidad al contexto social y a la circunstancia. En una ética así, la circunstancia —todo lo importante que se quiera, pero será siempre una circunstancia— ha sido sustanciada; se ha elevado la anécdota a categoría. Y no sólo a categoría ética, sino a categoría dogmática, desde la que la misma situación impone los principios éticos que deben juzgar y a los que debe atenerse el juicio de aquella concreta situación.

Nada de particular tiene que en un contexto así —de ética de la situación o de las situaciones— surja tal pluralismo ético, más aún, tal diversidad de éticas innumerables, que continuar hablando de ética no es sino un eufemismo. Una vez que la conciencia se desentiende del juicio del comportamiento en función de que éste se adecue o no a una determinada ley universal, entonces lo que hace la conciencia es un trabajo, que podríamos calificar de constructivismo ético.

Un constructivismo ético como éste se desentiende por completo de toda ley, de toda persona y de toda circunstancia. Pues, al poner su énfasis en que cada individuo es irrepetible e histórico y único cada momento de la vida de ese individuo singular, es histórico y único, entonces habrá tantas morales, habrá tantas construcciones éticas como momentos en que se descompone la vida del individuo y como individuos en que se descompone la vida social.

De aquí que la ética de la situación sea una ética *particular* (no universal), *positivista* (porque solamente se atiene al hecho concreto sin que este hecho ni siquiera esté engarzado o articulado en lo que es la biografía de la persona), *espontánea* y *creativa* (puesto que sin ningún fundamento, ella misma decide si es ético o no cada comportamiento en función de que sea así entendido en ese instante) y, ciertamente, *permisiva* (puesto que al enfatizar la libertad del hombre para concebir el proyecto biográfico en que consiste su autorrealización personal, entonces al hombre todo le debe estar permitido y ninguna ley puede obligarle a restringir o delimitar el ámbito de su libertad).

Ahora bien, si todo le está permitido al hombre en la ética de la situación, entonces es que previamente no hay nada que sea calificado como bueno ni nada que sea calificado como malo. Si nada es bueno ni nada es malo, todo lo que hay es indiferente. Pero si todo lo que hay en ese contexto, en esa situación, es la pura indiferencia, el propio individuo se percibe, no como un hombre real que está ante unas leyes reales, sino como un sujeto indiferente arrojado a un mundo indiferente, poblado de cosas indiferentes.

Es decir, la consecuencia de la ética de la situación es la instalación en el indiferentismo. Esto hace que el hombre pierda toda motivación para obrar, que sus acciones queden desfinalizadas, que su propio fin último se oscurezca, se extinga y desaparezca. En un contexto así, habría que preguntarse ¿de dónde saca el hombre la energía para actuar? ¿Qué situación, una vez que todo es vivido como indiferente y permitido, es la realmente motivadora para que el hombre ponga en marcha su comportamiento?

El «constructivismo ético» es inviable y utópico. Es inviable porque no se entiende cómo es posible el *factum*, el hecho de que se dé la acción humana, dada la carga desmotivadora que comporta tal constructivismo. Pero no sólo es inviable, sino que también es utópico, porque la irrepetibilidad y unicidad de los actos humanos en ningún caso pueden descalificar —y mucho menos extinguir— los principios y leyes éticas que, por ser naturales, están irremediablemente asentadas en la persona.

Un hecho puede ser irrepetible en la historia de la humanidad, y, sin embargo, más aún, precisamente por eso, recibir una calificación ética. La ética utópica del constructivismo situativo se sitúa más allá de sí misma y cae en flagrante contradicción porque simultáneamente se muestra partidaria de que las conductas, los actos humanos, haya que calificarlos.

No se entiende que en un primer momento del análisis se haga almoneda de la racionalidad de los principios y normas éticas desde las que hay que juzgar la conducta y que, no obstante, después se invoque, en un segundo momento procesual, a la propia razón para juzgar la moralidad de esa misma conducta.

El anterior argumento implicaría el atenimiento a las leyes naturales y morales —además de positivas y civiles— por las que se ha de juzgar la conducta humana que, a pesar de su irrepetibilidad y unicidad, no se ha dictado a sí misma y, al mismo tiempo, la descalificación más radical de ellas, lo que constituye un completo sin sentido.

Una de dos, o la razón no está abierta a la normativa ética, a ninguna ley moral, y entonces debe declararse insolvente para juzgar cualquier comportamiento ético, o la razón debe apelar a esas mismas leyes, desde el orden de su recto uso, y demostrarse con la pertinente competencia para juzgar toda acción humana, por irrepetible y única que ésta sea. Lo que no cabe es, alternativamente, decir que la razón es incompetente para conocer las leyes universales y, simultáneamente, que es competente para juzgar conductas irrepetibles y únicas en función de cuál sea el marco de referencias expresado o manifestado por la *situación* en que acontece ese comportamiento.

Por último, la ética situativa y constructivista atenta contra la unidad de la conciencia y del ser humano, porque si no hay normas, si la improvisada conciencia juzga espontánea y creativamente cada hecho humano único e irrepetible allí donde éste acontece, entonces no hay un continuo en la conciencia, como tampoco habría continuidad en los criterios éticos que sirven para calificar y juzgar los actos humanos. En consecuencia, la ética se atomizaría y fragmentaría en miles de momentos instantaneístas en los que el juicio de conciencia se atomizaría en función sólo de las situaciones en que acontecieron tales conductas.

Pero, dado que las situaciones cambian, con ellas forzosamente han de cambiar —de estimarse los argumentos antes ofrecidos— los juicios de conciencia y los criterios éticos. En una situación así el hombre no sabría a qué atenerse. En una ética situacionista y que continuamente se crea y se recrea a sí misma, en función de cuáles sean las situaciones, el hombre se ha perdido a sí mismo y toda su vida queda fragmentada —desde el punto de vista de la perspectiva ética— en momentos instantaneístas, fugaces, no vertebrados y, por versátiles, equívocos que ni siquiera permitirían establecer con certeza si tal comportamiento pertenece o no, puede o no atribuirse a esta o aquella persona.

En el fondo, lo que aquí sucede es que se ha reducido la pluralidad y diversidad del comportamiento moral a una edición reduccionista, simplificada y dilemática. En efecto, el comportamiento ético se polariza aquí según una cuestión dilemática (individualismo/universalismo), como si no hubiera otras opciones posibles, o mejor dicho, como si habitualmente la conducta humana no se planteara siguiento otras muchas posibles directrices. Al reducir todas las posibilidades a este dilema hemos forzado —y falseado— la realidad haciendo que se acomode a ese dilema, a pesar de que para tal acomodo tenga que deformarse y tal vez sacrificar lo que más rico y humano hay en ella.

En última instancia, lo que artificialmente se plantea aquí con este dilema es que la persona se decida por una de las dos opciones siguientes: o se toma la ley, principio o norma ética (universal) por la que ha de regirse la conducta (en abstracto), o, despreocupados y ajenos por completo a aquéllas, se persigue el atenimiento y la ocupación de tratar de aliviar la necesidad (singular) que acontece en esta persona (en concreto).

En el ámbito de la bioética este dilema podría formularse con una expresión tópica y tradicional de la medicina: optar por las enfermedades o por los enfermos. Claro que la cuestión no es tan fácil de dilucidar. Optar radicalmente por una u otra solución puede significar dejar hipotecada la misma posibilidad de tal comportamiento en tanto que ético. De otro lado, comprender este comportamiento moral concreto sin apelar o hacer referencia a un marco más general (el de los principios y normas) no parece que sea posible.

En el mundo contemporáneo hay numerosos representantes por lo que se refiere a la insistencia en lo singular o *idiográfico*. Otros, en cambio, optan por un predominio de lo universal, por aquellos principios y normas genéricas y comunes a tener cuenta en el enjuiciamiento de cualquier comportamiento humano.

El caso es que cada conducta singular puede referirse a criterios éticos universales, sin que con ello nos arrojemos en brazos del universalismo o del singularismo. Al juzgar esta o aquella conducta es lógico que se admitan determinados criterios éticos, que forzosamente han de ser universales, del mismo modo que el agente que realiza esa acción (singular) que ahora se juzga participa en la común naturaleza (universal) humana.

En un acercamiento como éste, en donde priva lo universal, no obstante no se niega la existencia de lo singular.

Sucede aquí lo que acontece en la evaluación psicológica. Supongamos que a dos personas se les aplica una batería de tests psicológicos con el fin de conocerlos mejor, diagnosticarlos u orientarlos profesionalmente.

En el caso del ejemplo, es muy posible que cada uno de ellos obtenga una configuración distinta por lo que se refiere al total de las puntuaciones resultantes en las distintas pruebas administradas. En el caso, sin embargo, de que las dos personas hayan obtenido exactamente la misma puntuación en todas las pruebas aplicadas, ¿querría esto decir que se asume la igual identidad de ambas personas? Evidentemente que no. Únicamente se afirma que sobre los criterios utilizados en esta ocasión —elegidos en función de su relevancia teórica o práctica—, ambos sujetos son indistinguibles —y esa indistinción se encuentra referida de nuevo al fin perseguido por la selección de las pruebas que han sido cumplimentadas por los sujetos de referencia.

El ejemplo que estoy comentado puede ser relevante respecto de la posible explicación que se ofrezca del comportamiento ético, por las siguientes razones:

En primer lugar, porque la ética tiene sentido únicamente si admitimos la existencia de diferencias individuales.

En segundo lugar, por cuanto que de la existencia y detección de esas diferencias depende, en gran medida, el último juicio conclusivo que desde la perspectiva ética pueda hacerse de ese comportamiento.

En tercer lugar, porque no todos los criterios éticos que se aplican al juzgar esa conducta son igualmente pertinentes y fructíferos. El hecho de que los criterios empleados hasta el momento posean un valor desigual (en función de la prudencia con que han sido empleados o de su mayor o menor pertinencia respecto de aquella conducta) no quiere decir que no existan leyes generales que puedan ordenar racionalmente tal conducta y juzgarla rectamente.

En cuarto lugar, porque el juicio ético no pretende agotar las diferencias existentes entre las personas; más aún, en la medida que las reconoce su actividad judicativa es más justa. Por consiguiente, no se trata de desentenderse de las diferencias singulares y homogeneizar así las diversas conductas, de forma que sean más fácilmente medidas por una misma ley. Se trata de aplicar la misma ley conservando y buscando detectar con mayor precisión las diferencias inter o intrasubjetivas que caracterizan y particularizan a la persona cuya conducta ella misma juzga en conciencia.

En quinto y último lugar, porque todo juicio humano ético está afectado de una cierta provisionalidad, puesto que sólo Dios es quien perfectamente juzga, lo que nos invita a ser mucho más modestos y prudentes en estas circunstancias.

Bibliografía

GARCÍA LÓPEZ, J.: *Tomás de Aquino, maestro del orden*, Madrid, Cincel, 1987, 1ª reimpresión.

KELSEN, H.: «Die Grundlage der Naturrechtslehre», en *Das Naturrecht in der polistichen Theories*, Viena, 1963.

LEWIS, C. S.: *La abolición del hombre*, Madrid, Encuentro, 1990, p. 47-48.

LO, B.; ROURE, F.; DORNBRAND, L.: «Family decision making on Trial: who decides for incompetent patients?», en *The New England Journal of Medicine*, 1990, 332, 17, p. 1228.

LÓPEZ QUINTÁS, A.: *Estrategia del lenguaje y manipulación del hombre*, Madrid, Narcea, 1984, 3ª ed.

ROBINSON, J.: «Euthanasia: The Collision of Theory and Practice», *Actas del II Congreso Internacional sobre Derecho Sanitario y Ética*, con el título, «Law, Medicine & Health Care», 18, 1-2, primavera-verano 1990, pp. 105-107.

RODRÍGUEZ LUÑO, A.: *Ética General*, Pamplona, Eunsa, 1986, 2ª reimpresión.

SAVATER, F.: *Ética para Amador*, Barcelona, Ariel, 1991.

SPAEMANN, R.: *Felicidad y benevolencia*, Madrid, Rialp, 1991.

TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae*, I-II, q. 91, a. 2, c.

5. LOS FUNDAMENTOS DE LA BIOÉTICA

A. Polaino-Lorente

Introducción

Hemos afirmado líneas atrás, que a la Ética compete como ciencia tanto la moralidad como la felicidad de la vida humana, es decir, armonizar el obrar justo con la aspiración a la vida lograda.

Ahora bien, para ello es necesario que nos pongamos de acuerdo acerca de lo que entendemos por «vida lograda» y por «obrar justo». Esto es lo que exactamente compete a la Ética: contestar a la pregunta de ¿cómo puedo vivir para ser feliz, para que mi vida sea una realidad cumplida, una vida en plenitud?

Algunos han tratado de fundamentar la Ética en la mera comunicación social. Pero tal fundamento resulta insuficiente, ya que lo único que supone es la existencia de esos sujetos y el hecho de que formen parte de una misma sociedad. Por consiguiente, es una ética meramente hipotética, es decir, que parte de la hipótesis de que la mera estructura de comunicación entre esos sujetos fundamentaría y generaría ciertas obligaciones. Pero las obligaciones así emanadas serán ellas mismas también hipotéticas.

No; el hipotético fundamento de una ética hipotética es meramente hipotético. Por consiguiente, la ética basada en una mera estructura de comunicación es una ética sin fundamento.

La dignidad personal como fundamento de la Ética

a) Dignidad y sentido de la vida

El término anglosajón *dignity*, es definido como «la cualidad de ser valeroso u honorable; valor, excelencia» *(The Oxford English Dictionary)*. En otra acepción de ese mismo diccionario se afirma que «es la esencia de la dignidad real el autosostenerse en sí mismo». Tal acepción expresa bien el fundamento de la dignidad humana, precisamente porque cada persona es un fin en sí misma. Esto demuestra que tanto en el contexto inglés como en casi todos los países europeos, el derecho a la dignidad personal es algo que está patente y que traduce el derecho que todo hombre tiene a que se le reconozca como un ser que es un fin en sí mismo y no como un simple medio al servicio de los fines de otros. El derecho a la dignidad personal es un derecho natural e innato que se funda en la igualdad específica de todos los hombres.

El *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* distingue ocho acepciones diferentes en el concepto de dignidad. Para lo que aquí importa me limitaré a dos de ellas. Dignidad denota la «calidad de digno»; y también, la «gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse». A lo que parece, la voz dignidad hace referencia al mismo conducirse del hombre, al modo en que éste se comporta. Dicho con otras palabras, una persona vive dignamente si se comporta decorosamente con las exigencias de su ser natural.

Ahora bien, el comportamiento humano depende de muchas variables, por lo que resulta muy complejo su estudio. Entre esas variables hay una especialmente relevante, la del autoconocimiento, puesto que sobre esta función asienta —y lo digo sin ningún temor a que pueda ser calificado de intelectualista— el gobierno de nuestras acciones. Para comportarse dignamente parece, pues, evidente, entre otras cosas, la necesidad de conocerse a sí mismo.

Desde esta perspectiva la dignidad de que vengo hablando supone una apelación a otro concepto tal vez demasiado traído y llevado a lo largo de todo el siglo XX, pero no por ello decaído en su signifi-

cación e importancia. Me refiero, claro está, al sentido de la vida. Vivir con dignidad, morir con dignidad, no significa otra cosa que plantearse cuál es el sentido de nuestro vivir y de nuestro morir.

La pregunta acerca del sentido de la vida, del comportamiento, de lo que pensamos, queremos y realizamos en cada instante, es una cuestión que preocupando siempre al hombre, vino a ser recordada con especial énfasis por la Psicoterapia, en forma más concreta en lo que atañe a la neurosis. La Psicoterapia en la neurosis parece encaminarse a dilucidar, a hacer transparente cuál es el sentido biográfico de la vida del paciente, sentido que muchas veces ha sido distorsionado y falseado, hasta haberse perdido en los vaivenes zigzagueantes de las muy variadas e imprevisibles situaciones vitales.

En cualquier caso, el sentido de la vida humana es una cuestión que nos afecta a todos, y no sólo a los neuróticos, en los que por lo demás, tampoco está probado de una forma ineluctable que éste sea su problema principal.

El sentido de la vida no es una cuestión que hayan puesto de moda los psicoterapeutas —sean éstos psicoanalistas o existencialistas—, sino más bien una cuestión palpitante que zarandea nuestra intimidad, independientemente de cuál sea nuestro nivel de ansiedad, sea ésta normal o patológica. Es inevitable, sin embargo, que en aquellas situaciones límite en que el hombre, zambulléndose dentro de sí hace cuestión de su existencia, aflore, emerja, y llegue hasta la eclosión la pregunta, la indagación acerca de cuál es el sentido de su vida. Pero entiéndaseme bien: el sentido de la vida no debe restringirse a una mera cuestión psicopatológica. Más aún, el sentido de la vida es algo que todos, antes o después, nos hemos planteado, algo con lo que cada hombre tiene que habérselas a lo largo de su vida. Hasta tal punto es así que si una persona jamás se lo hubiera planteado, habría que suscitar en él la necesidad de este planteamiento y urgirle a hacerlo.

Convengamos sin más, que sí que hay que vivir dignamente y para ello resulta inexcusable plantearse previamente cuál es el sentido de nuestra existencia. El sentido de la vida manifiesta la dignidad de la vida humana, y a la vez esta dignidad se acrecienta y optimiza en la medida en que el hombre alcanza a saber qué hace aquí en este mundo, qué sentido tiene su vida de cada día. Es decir, el sentido de la vida humana es algo de suyo digno a la par que dignificante para el hombre.

Sólo cuando se alcanza a vislumbrar este sentido y —como consecuencia de esa iluminación— la vida se teje coherentemente en torno al sentido descubierto, entonces ésta deviene digna.

El sentido de la vida guarda inexorablemente una íntima relación con el fin último del hombre y, por ello, con el principio de cada vida humana. Este fin último de cada vida personal es donde converge, en última instancia, todo el sentido, cualquier sentido de la vida humana. Por eso, quien lo desconozca difícilmente podrá abrirse paso por entre el enmarañado y proteico mundo de las mil y una circunstancias —no siempre coherentes— que antes o después se concitan en la existencia personal de cada hombre.

La vida humana es, desde luego, un bien y, sin discusión alguna, uno de los mayores bienes posibles, pero no es en sí misma un bien absoluto. La vida humana es un bien parcial para un bien absoluto, un bien para un Bien. El bien en que consiste la vida humana va más lejos de sí mismo; es únicamente un bien que nos ha sido dado para alcanzar, a su través, el Bien absoluto. En consecuencia, el bien en que consiste la vida, naturalmente no se repliega en sí mismo, no es hermético, no es un bien cerrado, sino abierto. La vida humana vale tanto como el encaminamiento a lo que ella no es, y, sin embargo, debe ser y puede llegar a ser.

Desde esta perspectiva podría afirmarse que, en tanto que la vida humana no es el bien absoluto, significa un bien relativo. Comparada al bien absoluto al que propende, esta afirmación, qué duda cabe, puede aceptarse; sin embargo, en tanto que sin vida se hace metafísicamente imposible el encaminamiento hacia el bien absoluto —puesto que la nada no puede propender hacia el ser— resulta válida la afirmación, no obstante, de que la vida humana es el mayor de los bienes posibles que puedan ser regalados al hombre. Pero no se olvide que ella misma, aun siendo el mayor de los bienes posibles, no es el bien absoluto. La vida humana es el bien para el Bien; en esto consiste su sentido.

La dignidad de la persona humana ha sido puesta como fundamento de cualquier relación y entendimiento en Bioética. Ésta fue la conclusión principal de la Convención Europea de Bioética[1] en la que se llegó a las siguientes conclusiones: *a)* respeto a la dignidad humana, *b)* protección de la integridad individual, y *c)* prohibición de todo acuerdo comercial del cuerpo humano y sus órganos.

[1] Cfr. MANDELL, I., «Europe drafts a convention» (Council of Europe approves draft of a European Convention on Bioethics), en *Nature*, 356, 6368, 1992, pp. 368 y ss.

b) De la dignidad del médico

Como persona humana que es, el médico se presenta como un ser dotado de dignidad. Pero conviene que nos refiramos ahora a la dignidad que le compete, en tanto que profesional de la Medicina.

En principio, hay que afirmar que por la vocación que la Medicina presupone en quien la ejerce y por las específicas tareas que debe desarrollar, la profesión médica ha sido comparada —con toda justicia— al sacerdocio, participando de muchas de las condiciones y requisitos que deben ser exigidos a aquellos que se dedican a ejercer ese ministerio. Una revisión sobre este tema puede encontrarse en Gracia Guillén (1983, 1988 y 1989). De acuerdo con este rol sacerdotal que se le atribuye, al médico se le ha concedido, desde siempre, la máxima dignidad profesional.

Por otra parte, desde la perspectiva institucional y corporativista, los Colegios de Médicos han asumido, desde tiempo inmemorial, el deber de proteger, desarrollar y acrecer la dignidad y el prestigio de cada uno de los profesionales colegiados, así como también de la entera profesión médica, cualquiera que sea la especialidad que se considere. A esto se encaminan también los Códigos Deontológicos, en cuyos artículos se invita a los profesionales a la observancia y cumplimiento de este deber.

Sin embargo, el comportamiento de los médicos no siempre colabora a la satisfacción de estos deberes. Un ejemplo especialmente lúcido lo encontramos en el artículo 4.° del actual Código de Deontología Médica, cuando afirma lo que sigue: «Todos los Colegiados tienen el deber moral de intervenir activamente en la regulación del ejercicio profesional y en la promoción de su calidad a través de su participación en las tareas de la Organización Médica Colegial. De este modo colaborarán también en la programación y evaluación de la política sanitaria de la comunidad».

A lo que parece, ninguno de los dos deberes anteriores son satisfechos por la mayoría —probablemente tampoco por la minoría— de los Colegiados. No debiera interpretarse este absentismo o tardanza en el cumplimiento de estos deberes como una negligente actitud de indiferencia por parte de los colegiados respecto de la salvaguarda de la dignidad profesional. Vaya en su descargo el considerar lo muy ocupados que están por la presión asistencial a la que de continuo son sometidos. Pero no se olvide que esa presión asistencial puede ir en aumento si continúa desatendiéndose lo que se afirma en la segunda parte del artículo citado, es decir, en el deber de colaborar «también en la programación y evaluación de la política sanitaria de la comunidad».

En cualquier caso, sería muy de desear que esa práctica comenzase a cambiar en el futuro. En primer lugar, por satisfacer este deber que a su vez dignifica a la profesión y a quienes con él cumplen. Y, en segundo lugar, porque cuanto mayor sea la dignidad con que el médico realiza su profesión, mejor será la práctica de la Medicina por él realizada, lo que a todos nos beneficia.

He aquí otro cabo suelto de la fundamentación de la Bioética en la dignidad personal, en este caso, en la dignidad de los médicos en tanto que profesionales.

No cabe duda de la importancia que tiene el atenimiento a la dignidad personal de los enfermos, cualquiera que sea su sexo, edad, enfermedad, dolencia o minusvalía. El punto de partida de esta cuestión antropológica de la dignidad humana se articula con algo a lo que ya se ha tratado en otro lugar de esta publicación (véanse caps. 2 y 3): la conciencia real que la persona tiene respecto de su propia dignidad y de la de cualquier ser humano.

Es precisamente el respeto y la promoción de esta dignidad del hombre lo que reclama la consideración ética del comportamiento humano. Al hombre le va mucho en ello, pues sin esta consideración ética sería inviable en la práctica la búsqueda y el encuentro de la felicidad a que tiende toda persona.

Si la práctica de la Medicina no fuese conforme a la dignidad de la persona humana, tal actividad no podría calificarse como médica. Y esto puede suceder cuando se reduce la asistencia a sólo un problema técnico, despojándosela de su verdadero contenido y traicionando a los enfermos, a cuyo servicio debe ponerse. Las secuelas de estos efectos negativos (tanto individuales como sociales) son muy amplias, variando según los casos, las acciones y las circunstancias de la degradación a la pérdida del respeto que toda persona se debe a sí misma.

Lo que está en juego en la Bioética es nada más —y nada menos— que la dignidad de la persona humana: algo cuya defensa y promoción nos han sido confiadas a todos los hombres —en tanto que somos interdependientes de las otras vidas humanas—, y de las que en conciencia debemos sentirnos responsablemente deudores, puesto que en la presente coyuntura histórica, de nosotros depende acrecerlas o arruinarlas.

El horizonte actual del ejercicio profesional de la Medicina —como muchos, aunque confusamente, ya perciben— no parece ser conforme con este legado que ha recibido el hombre de defender y acrecentar la dignidad humana. Y, sin embargo, la dignidad humana —a pesar de las dificultades que a veces encontremos para respetarla— continúa manifestándose en cada persona, como un hecho tozudo que se resiste a cualquiera de los procedimientos de extinción empleados.

El fundamento antropológico de la dignidad personal hunde sus raíces en la propia naturaleza humana. Y es que el hombre no es un medio para ningún fin, sino que es un fin en sí mismo. Por su naturaleza, al hombre le ha sido dado el conocerse a sí mismo, el ser autoconsciente de su propia conciencia, de manera que con su libertad decida o no optar por ser lo que debe. Por la voluntad, el hombre se nos aparece como el autor responsable de sus propias transformaciones, de la hechura que como persona alcance a lo largo de todo su despliegue biográfico. Esto quiere decir que cada hombre puede y debe dirigirse libremente a sí mismo hacia su propia perfección.

Como puede observarse, la dignidad emana de la racionalidad al mismo tiempo que de la libertad de la persona. Pero si cada hombre es un fin en sí mismo, si a cada persona le ha sido dado un relativo dominio sobre su propio fin, de manera que puede hacer de su propia existencia lo que él mismo decide, entonces ningún hombre puede ser tratado como un medio por o para otro hombre.

El hecho contrario de que haya ciertos hombres que atropellan libremente su dignidad personal perdiéndose el respeto a sí mismos —un hecho que de forma lamentable parece ser igualmente persistente y tozudo— en ningún sentido hace menos legítima o soslaya la legítima dignidad de la persona humana.

De aquí que, ni aun en esos casos, a nadie le sea permitido imponer a otra persona un fin distinto al por ella elegido. De admitirse esta posibilidad —incluso cuando se postula como necesidad de evitar tanto atropello personal—, estaríamos justificando la utilización de la persona humana como un medio o instrumento al servicio del fin a que otro la determina.

Esta última justificación consideraría al hombre no como un «alguien» —un valor, un bien en sí mismo, en tanto que está dotado de una dignidad intrínseca—, sino como un «algo», es decir, como una utilidad que sin tener ningún valor intrínseco sólo vale, en tanto que medio para obtener el fin a que otro la determina.

Pero el hombre tiene libertad no sólo para elegir los medios con cuyo concurso poder dar alcance a un determinado fin, sino que principalmente puede elegir también el propio fin que quiere alcanzar. Esto es lo que se ha venido afirmando por la filosofía tradicional y la antropología realista, desde Tomás de Aquino a nuestros días, al sostener que el hombre es imagen de Dios en cuanto que es principio de sus obras por estar dotado de libre albedrío y dominio sobre sus actos.

Esta dignidad del hombre se manifiesta en diversas notas y características, absolutamente específicas de la naturaleza humana, como las que se han empleado tradicionalmente para distinguir al hombre de cualquier otro ser vivo, como son las de la inabarcabilidad, incomunicabilidad e irrepetibilidad; la de ser alguien insustituible, irreiterable, novedoso, irreemplazable, susceptible de ser amado y capaz de amar, etc.

Es precisamente esta dignidad ontológica o constitutiva la que debe fundamentar todo planteamiento ético en Medicina. A los médicos y a los investigadores lo que la Bioética exige y suplica es que den un testimonio unánime —a través de sus actuaciones— de las que son sus comunes convicciones sobre la dignidad del hombre. Y en este punto sí que cabe aunar voluntades—a pesar de las dificultades existentes— para llegar al acuerdo de una convicción común acerca de lo que es la dignidad humana.

Ya se echa de ver que el fundamento último de la dignidad humana no puede ser el hombre mismo, ni su inteligencia y demás funciones cognitivas por bien desarrolladas que estén; ni las actividades que el hombre produce; ni los seres, que siendo inferiores a él, sin embargo, le están sometidos. «La última razón, el fundamento radical de la categoría de la persona humana —escribe Millán-Puelles (1973)—, no puede ser, por tanto, el hombre mismo, ni mucho menos los seres inferiores a él, sino un ser superior a todo hombre y capaz de infundir razón y libertad en la materia de que estamos hechos» (p. 21).

Para un creyente, la fundamentación última de la dignidad humana reside en que cada hombre es imagen y semejanza de Dios, es decir, un ser inteligente, libre y autoconsciente que es un fin en sí mismo y que será tanto más digno cuanto más semejante sea, cuanto más perfecta sea su hechura a la imagen divina de quien le creó. Esta última fundamentación es tanto más necesaria si tratamos de resolver la cuestión acerca del posible crecimiento del hombre en dignidad personal.

En este horizonte hay que contesta que sí, que el hombre sí que puede hacerse más digno a lo largo de su andadura biográfica, a pesar de que no resida en su voluntad, de que él no sea causa de su dignidad *ab initio*.

Como consecuencia de la dignidad, cada hombre debe desarrollar sus perfecciones al máximo, puesto que será tanto más digno cuanto más semejante sea a la imagen divina que, como es sabido, es la suma perfección. Esto obliga al hombre a desarrollar con todas sus fuerzas aquello que todavía tiene de perfectible la perfección inicial en que su naturaleza consiste.

Lo que se acaba de afirmar es todavía más vinculante y comprometido para el médico y los profesionales de la salud. La razón de semejanza invocada exige que seamos también buenos imitadores en lo relativo a la misericordia que hemos de tener con el prójimo. Esto obliga al médico a excederse más allá de lo que es exigible en otras profesiones. Por eso en el ejercicio de la Medicina no basta con tratar al paciente con el respeto que merece —eso, con ser mucho, constituiría una *ética de mínimos* que se sentiría complacida con sólo satisfacer el principio de beneficencia—, sino que es recomendable ir mucho más lejos.

La dignidad del médico debe también acrecerse a través del perfeccionamiento de las habilidades, destrezas y hábitos de los que disponía inicialmente. Y este perfeccionamiento sólo se conquista a través de la com-pasión al enfermo, que, como escribe Pellegrino (1986, 1988 y 1989), no es sino «la capacidad de sentir, de padecer junto al enfermo: experimentar algo de la problemática de la enfermedad, sus miedos, ansiedades, tentaciones, su agresión a la persona entera, la pérdida de libertad y dignidad y la total vulnerabilidad, en enajenamiento que produce o presagia cada enfermedad».

La ética médica se fundamenta en la dignidad personal por la misma razón que, como dice Gracia Guillén (1989) siguiendo a Aristóteles, «el médico sólo llega a ser "bueno" y "perfecto" cuando ha convertido su virtuosidad técnica y su virtud moral en una especie de segunda naturaleza, en un modo de vida. El médico perfecto es el médico virtuoso».

Al fundamentar la Bioética sobre la dignidad de la persona humana estamos robusteciendo y consolidando la conducta ética del médico pero, al mismo tiempo, estamos defendiendo al hombre contra la presión que sobre él ejerce la técnica. La consideración de la dignidad humana constituye un mentís rotundo a la mentalidad postmoderna que con frecuencia degrada al hombre al valor de cosa y valora su actuación sólo según criterios de eficacia y utilidad.

Frente a este modo de pensar, Macharski (1988) nos insiste en que «¡no, el hombre no es una cosa y hay que considerarlo como lo que es. No nos podemos servir de él como si fuese un objeto, ni acercarnos a él como si fuese una cosa! El Concilio Vaticano II afirma que en la Tierra el hombre es el único ser que Dios haya querido por sí mismo (cfr, *Gaudium et spes*, n. 24). He ahí el verdadero valor de la persona humana y de su vida».

La dignidad le viene al hombre de saberse imagen, manifestándosenos esta peculiaridad como un carácter radicalmente absoluto del sujeto finito. La dignidad es algo inconmensurable que incondicionalmente debe respetarse. De este modo, el ser humano —como sujeto finito que es— se nos presenta como lo incondicionado en tanto que representación de la imagen.

Lo propio de la imagen es mostrar algo, aunque ella no sea aquello que muestra. La imagen no coincide exactamente con lo que representa, sino que se distingue de aquello que muestra y ella no es. La imagen, sin embargo, sí que puede identificarse con aquello que es mostrado por ella.

«La imagen —dice Spaemann (1991)— tampoco es una "aplicación" de aquello que es imagen, sino que representa a aquello de lo que es imagen. En la I Epístola de San Juan se dice: "Si alguno dijera 'Amo a Dios' pero aborrece a su hermano, miente. Pues el que no ama a su hermano, a quien ve, no es posible que ame a Dios, a quien no ve". Tras esta sentencia se esconde la idea de la imagen, en la que aparece aquello de lo que es imagen[2].»

[2] SPAEMANN, R., *Felicidad y benevolencia*, Madrid, Rialp, 1991, p. 166.

El hombre es imagen de lo incondicionado por el hecho de ser lo que es, aunque precisamente por eso no pueda evaluarse ni medirse, es decir, no sea mensurable su ser. Y es que, como dice Spaemann (1991), «El ser no es la objetualidad. El ser es sustancialidad, identidad que subyace a toda objetualidad. El caso paradigmático de una sustancialidad semejante es la subjetividad. A ella se le puede aplicar lo que Aristóteles dice de la sustancia: que todo se predica de ella, pero que ella no se predica de ninguna otra cosa. La sustancia no es una propiedad del ente, sino que es de modo absoluto. Merced a su ser absoluto, la sustancia es imagen: es el absoluto en el modo de la imagen»[3]. He aquí una de las más luminosas razones sobre la que enraíza la dignidad de la naturaleza humana que sirve de fundamento a la ética médica.

La *dignidad* de la persona humana no es algo que sea derivado de la mejor o peor situación en que se encuentre o de reunir en sí un conjunto mayor o menor de cualidades excelentes. La dignidad humana no coincide con la búsqueda de la excelencia por parte del hombre, al menos en el sentido en que aquí daremos a este término. La dignidad humana es independiente de las caracterizaciones y peculiaridades que acabo de citar. Quede claro, pues, que desde la perspectiva de la dignidad personal ningún hombre es más que otro.

«Entre dos hombres de distinta inteligencia —escribe Millán-Puelles— no cabe duda de que, en igualdad de condiciones, es el mejor dotado el que puede obtener más ventajas; pero esto no le da ningún derecho a proceder como si el otro no fuera igualmente una persona»[4].

Por estar dotada de entendimiento y voluntad, la persona humana es un ser libre, capaz de sentir necesidades morales y de satisfacerlas, y capaz de autoconocerse y de autodeterminarse a sí mismo. Es lógico que la dignidad del hombre lleve consigo este derecho, sin el cual no podría satisfacer aquellas funciones y obligaciones. La dignidad de la persona humana no se ve disminuida por las deficiencias físicas, psíquicas o psicofísicas que se padezcan, de la misma manera que tampoco estas deficiencias hacen que quienes las sufran dejen de ser personas.

El derecho a la dignidad personal implica el derecho que todo hombre tiene a que se le reconozca como un ser que es un fin en sí mismo y no un medio al servicio de los fines de cualquier otra persona. El derecho a la dignidad personal es un derecho natural e innato que se funda en la igualdad específica de todos los hombres.

c) La dignidad del niño enfermo

El derecho a la dignidad personal se extiende también, lógicamente, al niño. Aunque en la antigüedad el niño no fue considerado como sujeto de derechos, recientemente sí que ha empezado a reconocerse que el niño es una persona y como tal tiene también sus propios derechos. La sociedad ha aceptado y reconocido las obligaciones específicas que tiene para con los niños, una vez que ha aceptado el derecho que a ellos les asiste.

Tal reconocimiento supuso un importante punto de partida para, desde allí, tratar de superar los errores del pasado. Desde entonces a esta parte la situación ha mejorado mucho, a pesar de que haya todavía muchos niños en el mundo —dado su natural desvalimiento y la falta de sensibilidad de quienes así les tratan— que no son respetados en su dignidad. En la actualidad son muchas las disposiciones legales que van promulgándose en favor del respeto que es debido a la dignidad personal del niño enfermo. Ése es el caso, por ejemplo, de la resolución del Parlamento Europeo[5], en la que se aprobaba la «Carta Europea de los Niños Hospitalizados», en la que se proclaman veintitrés derechos fundamentales.

Aunque tal resolución no constituya una relación de derechos, en sentido estrictamente jurídico, ha supuesto, sin embargo, un paso hacia adelante en el largo proceso de elaborar una normativa específica que proceda a la mejor adecuación de la hospitalización infantil a los principios proclamados en dicha carta.

En esta misma línea —aunque cuatro años antes— fue promulgada en España la Ley de Integración Social del Minusválido (Ley 13/1982, de 7 de abril, BOE de 30 de abril de 1982), en la que se concretan y especifican todavía más los requisitos y condiciones que deben satisfacerse en el tratamiento y rehabilitación de los niños minusválidos, de acuerdo a su dignidad personal.

[3] Ídem, 151.

[4] MILLÁN-PUELLES, A., *Persona humana y justicia social*, Madrid, Rialp, 1973, p. 16.

[5] Cfr. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, martes 13 de mayo de 1986.

No se olvide que lo preceptuado por la vigente legislación está de nuestro lado. Hace ya más de treinta años que la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su «Declaración de los Derechos del Niño» (1959), afirmaba: «El niño deficiente físico, mental o social debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados especiales que necesite su estado o situación».

Y, hoy como ayer, el niño enfermo sigue necesitando, para mejorar su estado y situación, que socialmente se reconozca su dignidad, lo que supone tanto como afirmar que todos facilitemos solidariamente su integración social. No basta, por consiguiente, con apelar a las leyes, que aquí como en otras cuestiones prometen más de lo que luego pueden ofrecer. Es preciso, además, modificar nuestras actitudes personales, con independencia de lo que se haya escrito en nuestras leyes.

Muchos de los niños enfermos dan la impresión de estar como *passer solitarius in tecto*, (como un pájaro solitario sobre el tejado), abandonados de todos, aunque simultáneamente y, en apariencia, todos de ellos preocupados. Es llegada la hora de preocuparse menos y de ocuparse más. No se olvide que esa «soledad» de muchos de nuestros pacientes infantiles sólo puede resolverse con el aprendizaje que les permitirá valerse por sí mismos y, cuando éste fracasa, con el afecto de la comunión en la convivencia diaria.

La identidad como fundamento de la Ética

Otra nota del ser humano en que puede fundamentarse la Ética es la identidad personal. El deber para con cualquier hombre no surge ni se deriva de la solidaridad con la especie, es decir, del hecho de pertenecer todos los hombres a una misma especie biológica. Lo que hace persona al ser humano no es precisamente formar parte de una misma especie de la que forman parte otros seres humanos, sino del hecho de ser capaz de no estar centralizado en el propio instinto; en una palabra, del hecho de relativizar de forma benevolente sus propios intereses. Esto es lo que hace del hombre un ser incondicionado y digno.

La identidad personal se fundamenta en la propia naturaleza humana. El hombre es un fin en sí mismo y no un medio para ningún fin. El hombre, por su propia naturaleza, puede conocerse a sí mismo, ser autoconsciente de su propia conciencia y, por su libertad, decidir acerca de lo que debe ser. Por estar dotado de voluntad, el hombre es autor responsable de sus propias transformaciones, de la configuración que como persona alcanza a lo largo de su trayectoria biográfica. Cada hombre puede y debe dirigirse a sí mismo libremente en la búsqueda de su propia perfección. En consecuencia con esto, puede afirmarse que la dignidad humana emana de la racionalidad al mismo tiempo que de la libertad de la persona.

Por el pensamiento, el hombre se autoconoce y autoposee, haciéndose patente de un modo manifiesto su objetividad. Por el pensamiento, el hombre es capaz de objetivizar todo cuanto le rodea, al mismo tiempo que se objetiva y subjetiva a sí mismo, al conocerse como un «alguien» distinto de todos los seres que le rodean. Gracias a este conocimiento, el hombre desvela a sí mismo su propia subjetividad, puesto que, conociendo que conoce, manifiesta a sí mismo el ser en que consiste; un ser que se le aparece como un sujeto personal desemejante y superior a todos los seres (no humanos) que le rodean. Por el pensamiento, el hombre toma conciencia de su diferencia de los demás seres y de su irrepetibilidad, lo que revela a su conciencia que tiene conciencia. Este tener conciencia de que tiene conciencia, también le manifiesta como persona.

El hecho de que ningún enfermo deba ser tratado como un medio por el médico se fundamenta en que cada hombre es un fin en sí mismo, es decir, una persona que tiene un relativo dominio sobre sus propios fines y que, en consecuencia, puede hacer de su propia existencia lo que él mismo decida.

Tan cierto es este hecho que cuando el hombre atropella su dignidad personal y a sí mismo se pierde el respeto, tampoco en esas circunstancias es menos legítima su identidad personal. Ni siquiera en ese contexto le está permitido al médico imponerle un fin distinto al por él elegido. Si se admitiera esta posibilidad, estaríamos tratando de justificar algo de suyo injustificable: la utilización de la persona humana no como el «alguien» que es, sino como el «algo» que no es, como un medio que, por no tener un valor intrínseco, puede ser utilizado para obtener el fin a que otra persona le determina.

De otra parte, es tanto que ser en sí mismo, cada hombre es único e irrepetible, y por eso mismo incomparable. Desde esta perspectiva antropológica, resulta muy difícil de legitimar la fea costumbre de establecer comparaciones entre personas. Las funestas consecuencias psicológicas y éticas de las comparaciones humanas se compren-

den bien cuando se advierte lo erróneo de ellas, es decir, la imposibilidad de una fundamentación metafísica que las haga posibles.

Ningún hombre se parece genéticamente a ningún otro. Ni siquiera puede predicarse de los gemelos denominados idénticos una tal identidad, puesto que siempre hay aspectos y rasgos biológicos y psicológicos diferenciales entre ellos.

De otra parte, el modo en que cada uno de ellos percibe el ambiente o es afectado por lo que siente y piensa y, sobre todo, el modo en que cada uno de ellos elige y se compromete con lo elegido, hace que un cierto principio de diferenciación vaya acreciéndose en cada uno de ellos y contradistinguiéndolos como personas diferentes.

Desde estas consideraciones no parece sino que cualquier comparación entre personas resulta inviable. La paradoja resultante es mayor aún cuando, tras las comparaciones, lo que surge es la envidia, es decir, el deseo de ser lo que el otro es en aquello que tiene de diferente. En este caso, acontece que el hombre desea ser el que no es, pero precisamente ese deseo sí que arranca de lo que él es.

Como consecuencia de la identidad sólo cabe una posible comparación entre personas, es decir, aquella que resulta viable por encontrarse el hombre «en una relación de semejanza con todo lo que es también un sí mismo idéntico consigo»[6].

Por eso, más allá del pertenecer a la misma especie biológica, el fundamento de las relaciones éticas está precisamente en que el otro también mantiene una relación consigo mismo, es decir, también es un ser en sí mismo.

Lo característico de cualquier «ser en sí» es que no debe relacionarse con ningún otro «ser en sí» como si fuera un «ser para sí». Esta identidad del ser del hombre tampoco autoriza su reducción a mero objeto, porque por tener una relación consigo mismo no puede ser reducido a algo (objeto) exclusivamente relativo a otro.

Ahora bien, por ser finito el ser del hombre se halla referido de modo esencial a otro. Cuando el hombre se percata de ello, cuando lo descubre, el hombre realiza su propia relatividad. Esto es lo que le permite rebasar y trascender su mero centramiento en lo instintivo. Justamente cuando relativiza de forma benevolente sus propios intereses —cuando se relativiza a sí mismo— es, precisamente, cuando suprime su propia relatividad.

En ese momento es cuando el hombre es más auténticamente imagen de lo absoluto, porque es entonces cuando deviene en una mejor representación de lo absoluto. En esto consiste exactamente su identidad. También por eso, precisamente, por ser en sí mismo, no puede ser un medio para nadie ni un ser instrumentalizado. He aquí una poderosa razón —la identidad personal— sobre la que también se funda la ética médica.

En realidad, la identidad del médico se consolida y configura como la de tal profesional una vez que transforma su pericia técnica y su virtud moral en una especie de segunda naturaleza, en un estilo de vida que le permite obrar con una especie de segunda naturaleza, en un estilo de vida que le permite obrar con una especial facilidad en la dirección aconsejada por la Bioética.

La autoconciencia como fundamento de la Ética

La conciencia que de la conciencia tiene el hombre —su autoconciencia— es, al fin, también conciencia. La conciencia es una función genitiva, puesto que siempre es de alguien (el sujeto consciente) y de algo (el contenido que se tematiza y del que nos hacemos conscientes). Nada de particular tiene que la Bioética reclame e interpele a la conciencia a la hora de su fundamentación. Aquí trataremos de este problema muy sucintamente, por habernos ocupado de él por extenso en otro lugar de esta misma publicación (cfr. cap. 1).

La autoconciencia remite a la identidad del ser consciente, haciendo que se torne más real la presencia misma de esa identidad. El hecho de no ser autoconscientes de la propia identidad (en muchos momentos de la vida, a pesar de disponer ya de uso de razón) no significa que no tengamos tal identidad. Antes de ser conscientes de nuestra identidad personal, nuestra identidad se nos aparecía como lo insuficientemente real, lo todavía no completamente determinado. Más tarde, nuestra identidad personal se irá configurando con multitud de hechos biográficos, de recuerdos y de proyectos en los que cada uno puede reconocerse como quien es, a pesar de los cambios circunstanciales y personales que tal vez experimente.

Esa toma de conciencia de la propia identidad acontece, en otras ocasiones, como un hecho simultáneo que nos sobreviene a la vez que usamos de nuestra benevolencia para con el hombre.

Sucede aquí algo así como si al abrirnos al ser humano en cuanto tal nuestro propio ser quedara autoafirmado en la conciencia que de la identidad personal nos sobreviene. Este descubrimiento o manifestación de la conciencia de la identidad puede conferir un cierto sentido a la existencia personal. La conciencia, en tanto que se percata de otro ser que es en sí mismo, constituye el primer hito o manifestación del conocimiento científico del mundo y de sí mismo.

En la medida que la conciencia se abre al ser, en esa misma medida se nos manifiesta la identidad de quienes somos. El motivo de tal *metanoia* es evidente, pues como dice Spaemann (1991), «lo que aquí se hace consciente tiene que ser pensado según la analogía de la identidad que instituye una "naturaleza"»[7]. Así es como se establece la relación ética entre seres con autoconciencia. Y es que no se puede verificar empíricamente la relación del hombre consigo mismo; las representaciones simbólicas que de esas relaciones (autoconciencia) tenemos pueden ser simuladas —es decir, que esté ausente la autoconciencia, aunque parezca que no.

El médico debe estar avisado de estas y otras muchas dificultades respecto a la rigurosa delimitación de los estados de conciencia, tanto en lo que compete a sí mismo (conciencia ética) como respecto de lo que sucede a los enfermos (conciencia psicobiológica).

En otros casos puede acontecer lo contrario: que aparezcan tales señales empíricas y que, sin embargo, no esté presente en aquella persona la autoconciencia. Conviene recordar aquí que lo propio de la autoconciencia, siguiendo a Spaemann, es «no poder recordar su comienzo», ya que «es propio de la esencia de la persona humana el fundarse en lo inmemorial», característica ésta que todavía puede dificultar más la posibilidad de distinguir si estamos o no ante una persona con conciencia. En todo caso, lo éticamente aconsejable es respetar a la persona en que aquélla se presupone —con o sin evidencia empírica en ese momento— como expresa manifestación de nuestro respeto a la conciencia que de seguro un día tuvo o que por naturaleza está llamado a tener.

No debemos olvidar que la esencia de la naturaleza racional consiste en la posibilidad de realizarse como vida consciente de sí misma. Percibir la realidad del otro no es sino percibirlo teleológicamente. Y sólo percibiremos su realidad si lo percibimos como «aquello que se logra a sí propio como vida consciente» (Spaemann, p. 167). Una vez que lo hemos percibido así, es natural que surja la benevolencia en quien así lo percibe, benevolencia que se manifiesta en la contribución a consumar esa tendencia teleológica de aquella persona humana.

Hasta aquí en lo que se refiere al respeto del otro, en tanto que ser necesitado de ayuda. Pero no se detiene aquí el compromiso y la responsabilidad ética que nos impone el estar dotados de conciencia. El hecho de que el médico tenga que abstenerse de imponer al paciente sus opiniones personales —sean éstas filosóficas, políticas, morales o de cualquier otra clase— pone de manifiesto, una vez más, lo delicados que debemos ser al tratar con el tema de la conciencia del paciente. En esto mismo ha de fundarse el secreto médico (cfr. cap. 18), el consentimiento informado del paciente, etcétera.

De otra parte, el médico está obligado a defender también su independencia moral y técnica, de manera que también a él se le asegure esa libertad de la conciencia, sin la que muy difícilmente podría cumplir satisfactoriamente con los fines de su profesión. Esto quiere decir que la Bioética debe estar fundamentada sobre la conciencia y no sobre los deseos del propio yo.

Paradójicamente, la fundamentación ética sobre el propio yo acaba por despedazar y alienar al yo. Y es que la búsqueda de la perfección del yo no puede degenerar en perfeccionismo sin cobrarse un costoso precio. Del mismo modo que la fundamentación ética no puede construirse sobre los meros deseos de placer, autoafirmación y autoexaltación del propio yo.

El respeto al otro como fundamento de la Ética

El ser autoconsciente, como hemos afirmado líneas atrás, deviene así en imagen, en representación del «absoluto». Y en tanto que representación e imagen del «absoluto», él mismo alcanza, en cierto modo, aquella condición absoluta. Obviamente, el ser autoconsciente reconoce en cualquier otro ser racional que también él es imagen del «absoluto».

Y es aquí, precisamente, donde surge el respeto al otro. El respeto al otro y el respeto hacia sí mis-

[6] SPAEMANN, R., *op. cit.*, p. 165.

[7] SPAEMANN, R., *op. cit.*, p. 168.

mo —el autorrespeto— tienen un mismo y único fundamento: el de no intervenir reductiva o limitativamente sobre un ser que por ser imagen del absoluto, él mismo tiene esa «sustancialidad». El respeto consiste tanto en no limitar al otro como en autolimitarse a sí mismo en las intervenciones sobre el otro. El respeto consiste en dejar ser al otro tal y como es, en tanto que otro.

Consecuentemente, el autorrespeto consiste en no reducir el propio ser a mero objeto; en no hacer un medio del ser que es un fin en sí mismo; en no tomar la parte por el todo, sustituyendo al todo; en no permitir que el propio ser devenga desemejante de sí mismo al centralizarse en la vida instintiva; en no consentir la reducción a la mera función y al funcionalismo que previamente se le atribuye; en no tolerar que se manifieste como lo meramente condicionado (y condicionable) ni lo absolutamente incondicionado, sino únicamente como representación de lo incondicionado.

El respeto es la forma más sencilla de manifestar la adhesión incondicionada a un ser, la persona humana, al que le es propia y característica la trascendencia volitiva, por cuya virtud se pone en juego para esa persona el destino de su propio ser. El respeto no es sino adhesión incondicionada a la trascendencia de la persona. En realidad, el respeto constituye el primer hito en el encaminamiento a la benevolencia, puesto que en ese «permitir ser al otro» estamos queriendo lo que es conveniente para el otro: la satisfacción de su propia trascendencia volitiva.

Pero no puede haber respeto al otro ni autorrespeto sin conciencia. Y es que sin conciencia no habría apropiación de sí y/o del otro como seres incondicionados, por ser ambos imagen del absoluto. Sin conciencia, el hombre ya no se descubre como algo sagrado. Si para el hombre su propia conciencia no es sagrada, es que ya no hay nada sagrado para él. Y si no descubre nada sagrado es que para él mismo permanece oculta su propia realidad, en tanto que identidad personal.

Obsérvese que respetar al otro o autorrespetarse no es sino afirmar la realidad del viviente, necesidad ética por antonomasia. El respeto puede entenderse como el deber ético de afirmar al otro, es decir, el derecho a ser respetado (lo que caracteriza a cualquier persona sólo por el hecho de ser percibida como persona). Tanto la afirmación como la aceptación ontológicas de la realidad de un ser que es idéntico a sí mismo constituyen un acto libre, que, por todo lo dicho líneas atrás, se identifica con la benevolencia.

En el caso de los enfermos este hecho es todavía más patente por cuanto que no podemos percibirlos en su realidad si no los entendemos[8]. Y no los entenderemos si en cierto modo no intentamos ser el otro. En esto consiste el ser de la benevolencia: en un salir de sí, desapegándose de las propias inclinaciones para abrirse a la realidad del otro, que, como persona, es la realidad inequívoca.

En ese encuentro, el otro deviene tan real para mí como real soy yo para mí mismo. Y es que tanto en él como en mí al obrar así aparece la realidad de la imagen donde se manifiesta el ser que cada uno es. Por todo esto, el respeto al otro no es sino una doble adhesión: a su realidad y a la mía. Este regalo es el que propiamente se nos revela a través de la propia benevolencia, en forma de vida lograda.

En realidad, la acción benevolente es cualquier comportamiento mediante el cual acudimos en socorro de la persona necesitada de ayuda. Benevolencia es aquí sinónimo de socorro a cualquier vida amenazada; disposición a ayudar, comportamiento responsable y congruente por el que nos abrimos hacia el otro en ayuda de nuestro propio querer. Benevolencia, en definitiva, no es sino olvido del ser propio, compromiso con la realidad, perderse a sí mismo para ayudar a que sean los fines que el otro quiere.

En definitiva, con la actitud de respeto, el médico se está comprometiendo a través de un comportamiento benevolente que consiste en amar al otro por sí mismo, lo que no es otra cosa que la amistad. Sólo de esta forma al médico se le revela que el paciente es una persona «en sí misma». Y eso lo descubre justamente cuando, abandonando la centralidad de sus intereses, se percibe como un otro distinto del paciente, al que ayuda, mientras que el paciente es percibido como su «alter ego».

No comportarse de esta manera constituye razón suficiente para que la vida lograda del médico se malogre. La trayectoria biográfica del médico se frustra y fracasa cuando sus acciones médicas —los actos que realiza para ayudar al paciente— devienen en acciones falsas o acciones éticamente malas. Son falsas —o malas— porque no consideran al otro como una persona que es un fin en sí misma; porque le objetivan y hacen que sea (funcionalmente) lo que no es (ontológicamente); porque sus acciones, finalmente, ni alcanzan al otro ni suponen la apertura de sí y, por consiguiente, se quedan en falsaciones, imposturas, acciones-máscara que no alcanzan lo que dicen querer alcanzar.

[8] HERRANZ RODRÍGUEZ, G., *El respeto, actitud ética fundamental de la Medicina*, Lección inaugural del curso 1985-1986, Pamplona, Universidad de Navarra.

Por contra, el respeto del médico por su paciente constituye un buen fundamento de su comportamiento ético, porque en él descansa, se enraíza y vertebra la amistad, es decir, el amor de benevolencia.

El amigo —en este caso, el paciente— debe ser querido «por sí» y no «para sí», por el médico. Quiere esto decir que el paciente es querido y respetado por el hecho de ser persona (lo que lo hace digno de amor por sí mismo), y no porque se realicen en él esta o aquella cualidad que «para sí» el médico considera como agradable, placentera o valiosa.

Esta amistad no se deja instrumentalizar, ni siquiera como consecuencia de la felicidad que ella genera. Si el médico quiere a su paciente sólo por la felicidad que la amistad del paciente le genera, en ese mismo instante la amistad se habría instrumentalizado y el amor de benevolencia extinguido.

Por esto conviene recordar que lo que fundamenta el comportamiento ético del médico no es el distanciamiento y refugio en una fría imparcialidad —todo lo respetuosa que se quiera— de un experto hacia su cliente, sino más bien en la percepción de la realidad del otro, simultáneamente que uno percibe su propia realidad.

El otro argumento, el de la «imparcialidad» o «neutralidad» del comportamiento médico, apenas describe una situación que es, por su propia naturaleza, antitética con la que debe resultar de la relación médico-paciente: el solipsismo. Pero en la percepción de uno mismo en la circunstancia de la más pura soledad —el aislamiento egótico—, ¿cómo podrá emerger el respeto que al otro le es debido? ¿Dónde enraizará el germen del amor de benevolencia? ¿Cómo se atenderá al discurso del enfermo de manera que se le entienda?

Sin percepción de la realidad del otro no puede alcanzársele y fundar un compromiso con él. Pero estas exigencias del comportamiento ético para el médico no pueden ser fundamentadas de forma discursiva. Por muy brillante que sea el discurso ético, para nada sirve si se continúa tratando a «alguien» como «algo». Y es que para *entender* un discurso hay que *atender* a él. Y atender a quien habla exige satisfacer una condición previa: que se le acepte como quien es. De aquí que si no se le acepta tampoco se le entenderá por muy brillante e ilustrado que sea su discurso o por mucha que sea la atención que el médico le preste.

La actual Medicina despersonalizada puede haber olvidado —por considerarla como una cuestión obsoleta— el tema de la amistad y del respeto entre el médico y el paciente. En esas circunstancias puede predecirse para ella un desastroso futuro. Este olvido manifiesta de forma explícita que se está considerando al paciente como lo que no es. Cualquier médico sabe que cada uno de los pacientes tiene derecho a no ser considerado por ningún ser humano como un «nadie». Y si realmente el médico es una persona humana, si el médico es importante para sí mismo, lógicamente comprenderá que al tratar al paciente como a un «nadie», inevitablemente él mismo se trata a sí propio, en ese mismo acto, como otro «nadie».

La pérdida del respeto al paciente implica de forma irrenunciable la pérdida del respeto a sí mismo. Donde no hay amor de benevolencia —aunque sólo sea por omisión— nace el interés por la malevolencia, es decir, la instalación y centramiento en lo meramente instintivo, anónimo y despersonalizante, en una palabra: en la irrealidad. La no percepción de la realidad del paciente remite y condena al que así percibe, a ser el destinatario de una autoperfección irreal, que significa tanto como alcanzar y realizarse en la despersonalización. Pero en la despersonalización ninguna persona puede gozarse, y ello porque en tal circunstancia la persona ha tenido que dejar de ser ella misma. A esto conduce la pérdida de respeto: a dejar de ser quien, por naturaleza, se es.

La solidaridad como fundamento de la Ética

a) Solidaridad y libertad

Otro parámetro antropológico sin el que no sería posible la Ética es el de la libertad del hombre, entendida ésta como interdependencia humana.

La libertad es condición indispensable para el desarrollo personal, hasta el punto de que sin libertad aquél no sería posible. Y el desarrollo, no se olvide, hace positiva o negativamente interdependientes a unos y otros hombres también en lo que respecta a su salud y a sus libertades personales.

En nuestras actuales circunstancias resulta imposible imaginar un desarrollo en solitario y de forma absolutamente independiente. La independencia personal se ha transformado hoy en interdependencia inevitable, dada la «aldea global» en que ha devenido el mundo, como consecuencia del complejo y enriquecedor flujo de comunicaciones.

En este abigarrado marco de relaciones parece riguroso contemplar la libertad como el tejido que resulta del entrecruzamiento de los hilos y haces independientes e interdependientes del obrar humano, simultáneamente que la interdependencia se nos manifiesta como el lugar donde se acuna, emerge y se vertebra la solidaridad humana.

La libertad entendida como interdependencia solidaria es lo que jalona y da sentido a la esperanza que en la curación o el desarrollo personal tiene el enfermo, desarrollo que sólo se justifica como tal, si a la postre sirve para el acrecerse de la persona.

El mal uso de la libertad puede generar interdependencias negativas entre el médico y el enfermo, hasta el extremo de situar a uno en relación de casi *absoluta dependencia* insolidaria respecto del otro. En otras circunstancias, el mal uso de la libertad también puede generar el efecto contrario, es decir, el de la *absoluta independencia* insolidaria del médico respecto de su paciente.

Tanto la dependencia como la independencia, cuando son llevadas a su extremo, manifiestan una *patología de la libertad*, por cuanto que, cada una a su modo, atenaza y asfixia al hombre sin que pueda darse ese juego ágil, suelto y creativo de la interacciones libres, responsables y solidariamente interdependientes.

De otra parte, la dependencia absoluta —como ha puesto de manifiesto la moderna psicopatología— sólo puede engendrar una absoluta independencia, es decir, la destrucción de toda interdependencia entre el terapeuta y su cliente, y aun la génesis de un conflicto, que da origen y se alimenta las más de las veces con el odio recíproco.

Esto es lo que sucede cuando se olvida el parámetro antropológico de la libertad humana entendida como mutua interdependencia. Ese olvido sólo genera pérdidas para todos —principalmente para la salud de la persona—, y, como es sabido, las pérdidas son siempre más difíciles y costosas de redistribuir que las ganancias.

Tales circunstancias deberían hacer reflexionar al médico sobre el carácter ético de la interdependencia con sus enfermos.

Lo que realmente importa para el médico —y también para su dignidad— es que él sea solidario. Pero no todas las aparentes formas de solidaridad son realmente solidarias. Existe también la solidaridad nacida del miedo, la solidaridad que, por ejemplo, une al médico y al paciente o al médico con otros colegas por miedo a algún familiar o a la dirección del hospital. La solidaridad surgida del miedo es una solidaridad competitiva que busca la unión para defenderse de alguien y cuyos efectos son, a veces, insolidarios.

La solidaridad entre el médico y el enfermo es consecuencia y está inspirada por la lucha contra la enfermedad. Y como la enfermedad acaba por invadir los resquicios más recónditos de la persona humana, es lógico que en esta lucha —tantas veces sin tregua y sin descanso— la solidaridad se transforme en un nuevo modo de unidad entre personas, cuya expresión más acertada es la palabra comunión.

b) Solidaridad y Medicina

La solidaridad es consecuencia de la interdependencia entre los hombres, que a su vez es el fruto de la libertad. La solidaridad es la asunción en el plano moral de la interdependencia humana, por cuya virtud los hombres se dan cuenta de que tienen un destino común que han de construir de forma conjunta. Por todo esto la solidaridad se nos propone como una de las raíces irrenunciables en que ha de fundamentarse la Bioética.

La solidaridad es la respuesta —como actitud virtuosa, moral y social— que el profesional de las ciencias de la salud da a la interdependencia, en su empeño firme y perseverante por alcanzar el bien personal del enfermo y, a su través, acrecer el bien común.

No es solidario quien no reconoce en los otros a la persona. La solidaridad transforma la mutua desconfianza en colaboración que, junto con la libertad, constituye el marco donde debe realizarse el desarrollo del enfermo como persona.

La fundamentación última de la solidaridad humana no es otra que la obligación que todo hombre tiene de amar a los demás como a sí mismo, porque su prójimo tiene su misma naturaleza e igual dignidad. Esto que el hombre no sabe necesariamente por sus propias luces, sino más bien como consecuencia de la revelación divina (conocimiento teológico), no obstante, deviene en

deber natural, connaturalmente cognoscible y perfectamente asumible por la persona humana (conocimiento antropológico).

Sin embargo, no debemos aproximarnos negativamente al estudio de la dignidad y de la solidaridad como si fuesen categorías mínimas que deben mínimamente ser satisfechas en el médico y por el médico.

No olvidemos que al médico incumbe, a pesar de las dificultades, el hecho de que el comportamiento deficiente o doloroso de cada paciente mejore en todos los niveles, también en lo que atañe a su dignidad y solidaridad.

Por la solidaridad, cada médico debe contribuir —con la misma fuerza e intensidad que si se tratara de sí mismo— al desarrollo de la salud de sus pacientes. Y esto porque, si no contribuye a que los enfermos desarrollen su salud todo cuanto sea posible, él mismo se hace insolidario con ese bien personal de los otros. Y, en ocasiones, no solamente insolidario sino culpable, por cuanto que al frustrar el desarrollo de ese bien que es la salud del paciente, también se niega a sí mismo la posibilidad de participar y enriquecerse con ella.

Por contra, cuanto más digno sea un médico, más solidariamente acrecerá la salud de sus pacientes. Del mismo modo, cuanto más ayuda el hombre con su solidaridad al desarrollo de los otros hombres, más digna se hace su naturaleza (en el ámbito del prestigio profesional).

En síntesis, dignidad y solidaridad se exigen en la persona del paciente, reobrando e interactuando recíprocamente una sobre la otra. El desarrollo de la salud y la calidad de vida del paciente a que se nos invita en el ejercicio de la Medicina es un desarrollo de «máximos», porque lo que en ella se nos propone es casi siempre irrenunciable para el paciente y, además, porque en bastantes circunstancias entra de lleno en el ámbito de lo que puede ser satisfecho por el médico o los profesionales de la salud, dado el progreso de la Medicina y la peculiar dignidad de la vocación que subyace en quienes realizan estas tareas.

c) La solidaridad como consecuencia del progreso y la dignidad

En una sociedad como la nuestra, en que se hace tanta apología del pluralismo, no se entiende muy bien cómo persisten esas actitudes intolerantes respecto de los más débiles: los enfermos crónicos e incurables, los niños desvalidos y no nacidos y los enfermos mentales.

Quizás haya que modificar radicalmente el planteamiento de estas cuestiones. Si en cada uno de estos pacientes contemplásemos una persona con dignidad —con la misma dignidad que las personas sanas—, muy probablemente cambiarían esas injustas actitudes sociales.

Mientras tanto, paradójicamente, un sector muy amplio de nuestra sociedad sigue alabando el progreso. Pero ¿realmente progresamos cuando de la dignidad humana se ha hecho una moneda de mayor o menor valor, en función del prestigio que se tenga o de los recursos materiales que se alleguen con el concurso de las capacidades personales?

De ser así, habría que concluir que la dignidad postulada no sería al fin más que una dignidad regresiva, como el progreso anunciado se tornaría en progreso indigno.

El auténtico progreso y la real dignidad del hombre se concitan, manifiestan y avaloran en la solidaridad. Si todos fuéramos más solidarios de lo que realmente somos, los pacientes —cualquiera que sea su enfermedad— se integrarían más fácilmente en nuestra sociedad y, entonces, progresarían más rápidamente en la lucha contra sus enfermedades.

Una sociedad como la nuestra, que presume de abierta, tolerante y plural, debiera hacer suyo aquel principio de «máxima comunicación y mínimo aislamiento», también para los enfermos. Si no lo hace, tenemos derecho a dudar de aquello de que tanto presume.

Con la solidaridad humana acontece hoy algo parecido a lo que sucede con la conciencia, que a fuerza de repetirse este concepto, muchos de los usuarios creen lograr conocerla, precisamente cuando más la ignoran.

Se ha dicho tantas veces que «hay que concienciarse», se ha abusado tanto de esta expresión que el usuario puede llegar a pensar que está concienciado de algo, cuando ignora incluso el más elemental concepto de lo que es la conciencia y de lo que ésta significa. A lo que parece, la frecuencia de uso de un concepto —cuando por efecto de la moda circula ampliamente en nuestra sociedad— no garantiza su cabal comprensión, sino más bien lo contrario: su incomprensión.

Bastaría con preguntar a cualquiera de estos interlocutores, que tan fácilmente usan de este término, ¿qué entiende por conciencia?, ¿qué hace

para concienciarse más de algo? En seguida verificaríamos, no sin sorpresa, que cuanto más se habla de alguna propiedad de la condición humana, más culturalmente soterrada se encuentra, si es que no está marginada.

Dignidad y progreso caracterizan bien a la condición humana. Al enfermo le viene la dignidad por el hecho de ser quien es. El ser humano, en tanto que ser, es digno, porque todo lo que es comporta inexorablemente una cierta perfección. El paciente —cualquiera que sea la enfermedad que sufre— en cuanto que ser entraña una cierta perfección. Pero esta perfección, en que consiste, ni es absoluta por el hecho de existir, ni está realizada espontáneamente desde la iniciación de su vida. Es, sí, una cierta perfección, pero una perfección relativa y, en tanto que relativa y no realizada totalmente, una perfección arriesgada, vulnerable e imperfecta.

Esto quiere decir que la perfección del paciente —en tanto que su vida es una tarea, proyecto y promesa que ha de realizarse en el tiempo— es una perfección perfectible. Precisamente lo perfectible de esa perfección, su pretensión de llegar a ser lo que todavía no es, es lo que exige y hace posible la emergencia del concepto de progreso. Porque la perfección humana es perfectible, la dignidad del paciente está urgida y llamada a progresar.

Ahora bien, el futuro nunca está escrito para el hombre. La historia humana jamás está clausurada. De ahí que a cada paciente siempre le sea posible progresar, al menos en la medida que acrece sus perfecciones y se hace él mismo más libre. Esta pretensión de la naturaleza humana a desarrollar sus perfecciones no siempre alcanza aquí su meta.

La perfección perfectible en que consiste el hombre puede devenir en perfección defectible, en una perfección defectuosa, es decir, en una imperfección. Esa imperfección es contraria al concepto de progreso; por eso, simultáneamente que el hombre progresa en alguna de sus habilidades o características, puede también regresar en algunas de sus otras perfecciones, hasta llegar incluso a arruinarlas. A nadie se le esconde que si es posible lo progresivo, no lo es en menor grado lo regresivo. Y esto sucede tanto para la persona singular —el paciente— como para una comunidad o institución sanitaria —el hospital, la clínica o el mismo sistema de la seguridad social por el que se ha optado.

Y aquí es donde viene a articularse el concepto de solidaridad.

No se olvide que estos dos extremos polares de la dignidad y del progreso humanos se concitan en cada existencia personal, reobrando, orientando e interactuando el uno en el otro. Son como las dos piezas de un motor, cuyo funcionamiento simultáneo resulta irrenunciable para la consecución de cualquier meta o propósito biográfico. El fin a que aspira la Medicina coincide con las metas a que aspiran el médico y el paciente.

A mayor dignidad profesional mayor exigencia de progreso personal. A quienes más se les ha dado, más se les exigirá.

Así debería ser y, sin embargo, basta con extender la mirada a nuestro alrededor para percatarnos de que no siempre los hombres satisfacen este principio natural. Cabe hablar entonces de un *progreso indigno*: el que acrece ciertos signos exteriores (generalmente los del éxito social y la popularidad por parte del médico), simultáneamente que decrece otros internos y no por eso menos importantes (como, por ejemplo, la dignidad del paciente, que no ha sido respetada).

En otros casos podría hablarse de *dignidad regresiva*, justo cuando por acrecer la dignidad humana, hay que pagar el precio de renunciar a lo que en esa determinada coyuntura histórica algunos conocen con el término de progreso. En este punto y en lo relativo a la Bioética, los ejemplos podrían multiplicarse, dado lo que sucede en nuestras actuales circunstancias. Basta que una intervención pueda técnicamente realizarse —sobre todo si va adornada con el éxito rápido— para que, apelando al argumento del progreso, se presione o se exija, poco importa que atente en mayor o menor grado contra la dignidad personal del paciente y/o del médico.

No resulta nada fácil juzgar si una persona progresa o no. Todo depende de qué se entienda por progreso y del concepto de dignidad del que se parta. En nuestra actuales circunstancias es muy fácil sumergirse en la confusión del flujo vertiginosamente cambiante de las apariencias, justo porque muchas de éstas no están respaldadas por el marco axiológico de referencias que debieran.

Por eso, dignidad y progreso se concitan y exigen recíprocamente en la práctica de la Medicina, hasta el punto de que sin la una no es posible el otro, y viceversa. La práctica de la Medicina, la asistencia al enfermo, no debe circunscribirse ni superponerse a ninguno de estos dos factores,

como tampoco se debe optar en favor de la dignidad y en contra del progreso o viceversa. La Medicina no debe hacer otra cosa que partir de ellos para ir más allá, más lejos y más alto que ello.

La práctica de la Medicina parte de la dignidad del paciente cuando se propone hacer progresar su salud, pero a sabiendas de que no todo —y mucho menos la dignidad del enfermo— depende de ese progreso. La Medicina parte del médico y del paciente para llegar a una meta que supera a ambos: la solidaridad que se establece entre ellos y por cuya virtud el enfermo recobra la salud y el médico se realiza como persona.

No podía ser de otra forma. Sin la solidaridad inicial entre el paciente y el médico ¿qué tipo de forma de progreso podría darse en el tratamiento? Y sin las deficiencias del paciente, ¿podría darse acaso algún progreso en el médico, en tanto que terapeuta? Ya se echa de ver que la solidaridad está más allá —y también más acá— del progreso de la Medicina, siendo como su raíz y su vértice.

El valor del cuerpo humano como fundamento de la Ética

Junto con la dignidad fundamental de la persona humana, la Bioética se funda también en la dignidad del cuerpo humano, su valor por ser parte de la persona humana. Esto implica la visión de la persona humana como un todo en el que se encuentran en una unidad superior todas sus partes. De esta suerte, el cuerpo no es un elemento accidental, sino esencial del compuesto personal. El cuerpo es lo que se exterioriza de la persona, mientras que el espíritu es lo que da forma, lo formal. La persona humana es un compuesto de espíritu y cuerpo, el elemento que da unidad y un elemento de expresión de esa unidad.

De esto se desprende, que el cuerpo humano es esencialmente distinto del de otro animal. El cuerpo humano no se reduce únicamente a un conjunto de órganos biológicos, sino que es una parte, un constitutivo esencial de la persona, algo que no sucede con el cuerpo animal. Si bien el cuerpo humano no es constitutivo del ser personal del hombre, sí lo es del todo de la persona, del que es su expresión, como la palabra hablada o escrita de la palabra interior.

El cuerpo, unido sustancialmente al espíritu —unión que constituye una unidad de suyo y no una mera unión de partes, un artificio— participa de la dignidad del todo personal. Por esta razón el cuerpo no puede ser considerado como un instrumento, sino como algo que ha de ser perfeccionado para el bien de la persona. El cuerpo humano tiene un valor superior a cualquier otro cuerpo, no se reduce a pura y simple biología, es un cuerpo «hiperformalizado» por un espíritu.

La vida corporal es la misma vida humana. El cuerpo humano, en cuanto humano, tiene una vida que es la misma de la persona. Por ello, la vida corporal (la vida humana) es el bien fundamental de la persona, en él radican los demás derechos del hombre. De tal suerte, que con la pérdida de la vida corporal tendrán que desaparecer también los demás derechos fundados en ella y toda la capacidad de ser sujeto de alguno de ellos. Por esta razón, el derecho a la vida es también para la persona un deber, el sujeto humano no puede disponer a su libre arbitrio, con dominio absoluto sobre su vida. Y este deber se extiende a los demás. El primer derecho de la persona humana, el derecho a la vida, no pertenece ni a sí mismo, ni a la sociedad, ni al Estado, pues ninguno de éstos concede la vida humana. Más bien cada uno de estos sujetos ha de reconocer este deber fundamental. De aquí, que uno de los deberes fundamentales sea el de proteger y asegurar en lo posible toda vida humana, especialmente las inocentes.

Por consiguiente, desde la tesis metafísica de la unidad de la persona humana es posible valorar moralmente la manipulación del cuerpo humano, es decir, las cuestiones bioéticas más fundamentales. No se puede tratar el cuerpo humano como una cosa más del universo, sino como un elemento esencial de la persona humana, que porta una dignidad prestada de la misma persona.

La máxima dignidad para el hombre es ser persona, y el cuerpo es una expresión de esta dignidad fundamental.

Bibliografía

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS: *Declaración de los Derechos del Niño*, (1959).

CARDONA, C.: *Metafísica del bien y del mal*, Pamplona, Eunsa, 1987.

DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, martes 13 de mayo de 1986.

GRACIA, D.: *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema Universidad, 1989, p. 598.
«Profesión o sacerdocio?, Propuestas para un debate ético sobre la profesión médica», en *Jano*, núm. extra, octubre 1983, pp. 38-52.
«La Medicina en la historia de la civilización», en *Dolentium Hominum*, 3, 7, 1988, pp. 65-72.

HERRANZ RODRÍGUEZ, G.: *El respeto, actitud ética fundamental de la Medicina*, Lección inaugural del curso 1985-1986, Pamplona, Universidad de Navarra, 1985.

MACHARSKI, F.: «La humanización de la Medicina se decide en el corazón del hombre», en *Dolentium Hominum*, 3, 7, 1988, p. 11.

MANDELL, I.: «Europe drafts a convention» (Council of Europe approves draft of a European Convention on Bioethics), en *Nature*, 356, 6368, 1992, pp. 368 y ss.

MILLÁN-PUELLES, A.: *Persona humana y justicia social*, Madrid, Rialp, 1973.

PELLEGRINO, E.: «Health Care: A Vocation to Justice and Love», en EIGO, F. A. (ed.): *The Professions in Ethical Context*. Villanova University, *Proceeding of The Theology Institute of Villanova University*, pp. 97-126.
«Cada enfermo es mi hermano», en *Dolentium Hominum*, 3, 1988, pp. 58-62.
«Agape and Ethics: Some Reflections on Medical Morals from Catholic Perspective», en PELLEGRINO, E.; LANGAN, J.; HARVEY, J. C. (eds.): *Catholic Perspectives in Medical Morals*, Dordrecht, Reidel, 1989.

SCHEFFCZYK, L.: *Einführung in die Schöpfungslehre*. Darmstadt, 1987, pp. 105-111. «Colpa e riconciliazione nell'orizzonte umano e cristiano», en *Annales Theologici*, 2, 1988, pp. 343-356.

SPAEMANN, R.: *Felicidad y benevolencia*, Madrid, Rialp, 1991.

TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae* I, q. 83, a. 2, ad 3 c., y I-II, q. 19, 58, 71 y 90-100.

6. LA ÉTICA COMO PROPUESTA, PRETENSIÓN Y PROYECTO

A. Polaino-Lorente

De la Ética del deber a la Ética de la benevolencia

Entre las atinadas preguntas kantianas hay una que, por derecho propio, debería ocupar el frontispicio del edificio bioético: aquella en que el filósofo se pregunta: ¿qué debo hacer?, ¿qué es lo que me está permitido hacer? Esta cuestión incide en la misma naturaleza del imperativo moral.

La Bioética va mucho más allá, sin embargo, de la mera contestación a esta cuestión kantiana. La Bioética no puede reducirse a la mera obligación —el deber—, ni siquiera coincide con el mero criterio definidor de lo que hay que hacer, de lo que está permitido o prohibido, en una palabra, de lo que es obligado hacer[1].

Ciertamente que, como decía Renouvier, «el hombre es un animal de preceptos». Pero el hombre es mucho más que eso. El hombre es el único animal capaz de decir no, el hombre es también el único animal capaz de prometer y cumplir su promesa, el hombre es el único animal capaz de amar. El hombre, en definitiva, es un ser para la eternidad. Las diversas formulaciones que acabamos de hacer del hombre ocupan también un puesto, un lugar, desde el cual poder interpelar a la Ética.

Por eso constituiría una importante limitación —un reduccionismo imposible hoy de defender— definir la Bioética como una ciencia que se atiene a sólo los preceptos y en la que la primacía —el eje vertebrador de toda ella— fuera únicamente el deber.

Las consecuencias de tal reduccionismo ético las entendemos muy bien los clínicos. Para ello nos basta con recordar lo que acontece en un hospital cuando se hace una huelga de celo, en la que se cumple sólo con el deber estricto. Como consecuencia de ello, nada funciona. ¿Por qué? Porque el quehacer médico entraña unas obligaciones que, tal vez por ser inefables, no pueden ser formuladas en un exacto inventario de los deberes que deben satisfacerse. Y, sin embargo, tales obligaciones están implícitas en lo que es natural a la propia acción médica, por ser su misma sustancia: el excederse en la atenta y respetuosa asistencia al enfermo.

Muchos de estos deberes muy probablemente no puedan ser exigidos apelando a la estricta justicia —por no ser preceptos que rigurosamente estén legislados y por tanto obliguen, según el derecho, a la observancia del médico. Y, a pesar de ello, constituyen un apretado haz de obligaciones que, desde siempre, han sido reintroducidas en la Ética —donde se han acunado—, en tanto que consecuencia de esa amistad en la que consiste la relación médico-enfermo.

Decididamente, la Bioética no es una ciencia voluntarista que vaya precedida por sólo las leyes que escrupulosamente regulan las relaciones entre el médico y sus pacientes. A lo que parece, no conviene al médico, en tanto que profesional, el ser un guardián de las leyes.

La Bioética es una disciplina más cognitiva que voluntarista. De ahí que ella misma se subordine y ordene a la consecución y/o facilitación de que el hombre alcance su fin último, que es la felicidad. En cierto modo, se diría que la Bioética debe contribuir a que el paciente sea feliz, simultáneamente que, en lo posible, también lo sea el médico. Por consiguiente, la cuestión a que el médico ha de responder no es tanto

[1] La influencia de Kant en la Bioética se deja ver cuando se resalta la importancia del «deber» sobre la finalidad de la persona humana. Un tratamiento del deber que recuerda las ideas fundamentales de Kant es el de HARDIN, R., *Morality within the Limits of Reason*, Chicago, University of Chicago Press, 1988

la pregunta kantiana ¿qué debo hacer?, sino más bien la de ¿cómo debo comportarme para ser feliz, al mismo tiempo que ayudo al paciente a que también consiga su felicidad?

Algunos pensarán que una Bioética así entendida sería una utopía, que incluso desborda el ámbito estrictamente clínico para ir más allá y convertirse en una especie de pseudofilosofía, o que tal vez sea una Bioética de máximos imposible de satisfacer. Y, en efecto, así lo parece. Pero no olvidemos que el deseo de ser feliz es un deseo natural que subyace en todo hombre —sea médico o enfermo—, y que por haber sido en alguna forma reactivado por la acción del médico en el paciente, tiene relación directa al acontecimiento del acto médico.

Desde este horizonte, es más importante la fundamentación de la Bioética en la virtud que en la obligación[2]. Pondré dos ejemplos típicos de lo que acontece en la práctica médica. Consideremos la amistad en el primero de ellos. La relación médico-enfermo (cfr. cap. 15) está varada en la amistad, una amistad que por no estar totalmente reglamentada, de ninguna manera puede estar sometida al deber o a la obligación. Nadie está obligado a ser amigo de otra persona, puesto que por su propia naturaleza, la amistad es libre. Otra cosa muy distinta es que la amistad cree obligaciones, pero eso no fuerza ni exige que alguien esté obligado a ser amigo de esta o aquella persona.

Desde ese punto de vista puede afirmarse que la Bioética debe estar presidida por la virtud de la amistad y no sólo por la obligatoriedad. Y eso, porque si entendiésemos la amistad como obligación acabaríamos por desnaturalizarla. Dicho de otra forma: la Bioética debe estar enraizada en la virtud y no en la obligación, aunque lógicamente la amistad genere y haga crecer a lo largo de su trayectoria otras muchas obligaciones alrededor.

De otra parte, la consideración de la amistad y de sus consecuencias —una vez que se ha optado libremente por ella—, sí que puede generar determinadas responsabilidades. En efecto, el voluntario deterioro y corrupción de la amistad sí que puede incidir sobre una ética de la obligatoriedad, del precepto y de la norma. En este caso, la descomposición de la virtud de la amistad manifiesta que aquélla se ha transformado en vicio. Y sobre este último sí que cabe levantar toda una regulación codificada y útil para su sanción. Sobre el vicio es posible establecer cierta obligatoriedad —cosa que no acontece a propósito de la virtud—, así como ciertas normas y preceptos.

En fin, sin otro argumento, no se puede excluir o abandonar el tema de la amistad en el contexto de la ética médica, cuyas repercusiones y resonancias son innegables por incidir en el mismo núcleo de la relación médico-paciente. Ahora bien, precisamente por estar fundamentada esa relación en la amistad es lógico que haya muchos temas y contenidos (disponibilidad del médico, sinceridad, derecho del paciente a cambiar de médico, etc.) que deben incluirse en el ámbito propio de la Ética. Así, por ejemplo, el derecho que el paciente tiene a que el médico le informe con veracidad, es por sí mismo una obligación. Sin embargo, a la hora de establecer el momento, la circunstancia o incluso el contenido de esa información, el médico ha de ser muy prudente, puesto que puede entrar en contradicción con otras virtudes que también está obligado a vivir.

Ciertamente que las virtudes, si son tales, tienen que ir enlazadas unas con otras. No podemos desarrollar una virtud atrofiando las otras porque, entonces, el ser humano no crece armónicamente[3]. En el caso del ejemplo, la sinceridad exige el concurso de otras virtudes como, pongo por caso, la disponibilidad del médico para informar al paciente cuando las circunstancias y el contexto así lo exijan o la valentía para no demorar más esa información que se da al paciente por costoso que sea hacerlo.

La pregunta surge aquí, una vez más, respecto de la ética de la obligatoriedad: ¿puede la ética obligar al médico a la valentía que es necesario tener para informar con sinceridad y verdad a

[2] La idea de fundar la ética en las virtudes más que en la obligación es una herencia aristótelica. Actualmente la ética de las virtudes está adquiriendo de nuevo importancia después del *impasse* impuesto por la ética kantiana. En este sentido se encuentra la obra de McIntyre. Una obra de ética aplicada tratada desde las virtudes es la de ABELSON, R.; FRIQUEGNON, M. L., *Ethics for Modern Life*, Nueva York, St. Martin's Press, 1982, 2.ª ed. Anscombe insiste también en la importancia de una moral fundada en las virtudes, aunque no desarrolla la idea, cfr. ANSCOMBE, G. E., *Modern Moral Philosophy*, 33, 1958, pp. 1-9.

[3] Una teoría de la virtud desde planteamientos que van algo más lejos de la aristotélica es la de WALLACE, J., *Virtues and Vices*, Ithaca, Nueva York, Cornell University Press, 1978.

todos sus enfermos, incluso en las circunstancias personales más difíciles? Aunque estas obligaciones pueden circunscribirse o delimitarse, lógicamente, en el preciso y cerrado contexto de un marco de referencias éticas muy concreto —en un código deontológico, por ejemplo—, acaso se entienden mejor cuando se las contempla desde la perspectiva de las virtudes.

En esa perspectiva se entiende mejor que sea la virtud que la condiciona —y, por coherencia, hasta exige— la sinceridad, la disponibilidad y la valentía a la hora de transmitir esa información. La fuerza que está condicionando aquí tales exigencias es el amor de persona, la relación amistosa que emerge entre médico y paciente y que busca y desea siempre el bien al paciente —en tanto que también él lo desea—, es decir, lo que le va a hacer feliz: la virtud.

Una Bioética que no esté fundada sobre la virtud se precipita, cuando menos, hacia el legalismo, y con una ética sólo legal no podemos satisfacer los contenidos y exigencias que hoy se demandan al médico en su quehacer. Una ética que rechace la virtud y que se afiance y adhiera a sólo los preceptos y normas hay que entenderla, en principio, como una Bioética de la sospecha, del legalismo y del deber.

Pero nadie parece que haya llegado a ser feliz únicamente por cumplir con la ley o con la norma. De hecho, cuando la Bioética sólo se funda sobre la legalidad y renuncia a ser deontología para convertirse en ética jurídica o en legalidad profesional, es cuando precisamente se ofrece la más pobre asistencia médica y más se deterioran las relaciones médico-paciente.

En ese caso, la relación médico-paciente no está vertebrada ya sobre el amor verdadero, el amor de amistad que aspira a la felicidad del otro. En ese caso se tiene un aprecio por el otro, pero acaso de una forma más interesada y, por consiguiente, no hay realmente una donación del médico al paciente, sino tal vez una cierta «posesión» del paciente a través de la obligación y del cumplimiento del deber. Por otra parte, puede no tratarse aquí al paciente como persona, sino más bien como sujeto de deberes y obligaciones. Y, en una relación así, la persona no puede demandar ya esa donación amigable, generosa y disponible.

Tomemos otro ejemplo. La mayor parte de los enfermos sufren, aunque ese sufrimiento pueda conceptualizarse de formas muy diversas, entendiéndose como aflicción, dolor físico o psíquico, sufrimiento moral, limitación o pasividad impuesta por la enfermedad, renuncia a valerse por sí mismo, indefensión, etcétera.

Puede afirmarse que, de una u otra forma, el sufrimiento impregna toda la conducta del paciente y también la mayoría de los actos médicos. El sufrimiento hace que, de alguna manera, se profundice más en la propia existencia. El sufrimiento hace que el hombre doliente haga cuestión de sí mismo. Ante el sufrimiento, el enfermo se hace preguntas que, aunque no sean estrictamente competencia de la Medicina, sí que hay que darles, sin embargo, una respuesta, ya que interpelan al médico en su quehacer. Dicho de otra manera, el sufrimiento es para el hombre una situación que le acerca al conocimiento de sí, a la percepción de su propio cuerpo, a la experiencia del mal y eso, precisamente, es lo que hace que el hombre se plantee preguntas existenciales acerca del sentido y el alcance de aquel acontecimiento, de por qué le acontece a él y no a otro, o qué significado puede tener la experiencia que, sin haberla elegido, ahora tiene inevitablemente que soportar.

Es pertinente que el médico trate de ayudar en esto al paciente, porque si aquel dolor llegara a tener para él un significado se produciría un cierto alivio en el enfermo. A través del sentido del dolor, se ponen en marcha ciertos factores cognitivos que van a disolver la experiencia de que aquello que se experimenta es absurdo y, a través de ese cambio, contribuir a disminuir la ansiedad que antes se sufría y que hacía acrecer la intensidad de la sensación dolorosa.

Esto quiere decir que el sufrimiento puede llegar a destruir a la persona humana pero también puede avivar en ella las raíces de la esperanza y hacerle descubrir un nuevo y dilatado horizonte. En definitiva, que también el dolor puede hacer que el hombre sea más hombre, que madure, que se plantee de un modo más apropiado cuáles son los auténticos valores a los que puede o quiere apostar su vida.

Naturalmente, si la Bioética estuviera fundada solamente en la obligación, si fuera una mera moral de la obligación, poco o nada tendría que decir acerca del sufrimiento, ya que la idea de obligación está muy alejada y escapa a la experiencia del sufrimiento. Sin embargo, dado que la conmiseración inspirada por el hombre doliente sí que constituye una de las virtudes fundamentales del acto médico, es lógico que cuando

el dolor no se pueda extinguir haya que aliviarlo, y cuando no se pueda aliviar, haya que paliarlo, y cuando no se pueda ejercer una acción paliativa, se elija al menos estar al lado de quien lo sufre, haciéndole compañía y, en algún modo, sufriendo con él.

De acuerdo con esto, habría que concluir que el sufrimiento, por su propia naturaleza, es una experiencia que escapa a la norma y al deber. De aquí que esta experiencia esté lejos y muy distante de las bioéticas legalistas, únicamente basadas en la obligación.

Ahora bien, desde otra perspectiva, estaremos de acuerdo en afirmar que el sufrimiento es la antítesis de la felicidad. Y se recordará, como se ha dicho líneas atrás, que el deseo de felicidad de benevolencia, de una vida cumplida (de la virtud) forma parte —y parte irrenunciable— de la Bioética. Pero como la experiencia del sufrimiento está forzosamente unida a la dificultad para lograr la felicidad personal, acontece que el sufrimiento está inscrito, por derecho propio, en el contexto de la ética.

Tal inclusión no es gratuita, puesto que bien porque la felicidad y el sufrimiento sean incompatibles y, por tanto, no se logrará aquélla en presencia de éste o bien porque para que el sufrimiento sea compatible con la felicidad es preciso añadir un «plus» de significado o sentido, el hecho es que *in recto* o *in obliquo*, directa o contradictoriamente el sufrimiento y la felicidad inciden *in nuce* en la ética.

Y aquí es donde entra de pleno la labor del médico: en convertir su quehacer clínico y profesional en un quehacer ético, en tanto que algo tendente al logro de la felicidad del paciente. Y eso no sólo porque alivia el dolor —y, por tanto, le aproxima cuantitativamente o hace más posible su felicidad—, sino porque con su ayuda contribuye a que el enfermo transforme el dolor, a través del significado, dándole un sentido que le serena y tranquiliza. En la medida de sus posibilidades, el médico virtuoso ha de tratar de ayudar al paciente a ser feliz. Esto puede conseguirlo a través de esa mudanza cualitativa que transforma el dolor en algo más próximo o compatible con la benevolencia y la virtud.

No es, pues, una utopía concebir que la Bioética y la felicidad están formando parte de un mismo discurso racional, moral y vital. Por contra, los que quieren reducir el combate contra el dolor del quehacer médico, como si se tratara de una mera acción inscrita en el ámbito de la obligación, muy probablemente se encuentran con una paradoja: el dolor sólo puede caer en el ámbito de la moral y de la obligación, cuando se le observa como un remedio ético, es decir, cuando el dolor se transforma, por la utilización que de él hace la ascesis, en un deber: en el deber de la ascesis (Pinckaers, 1988).

De este modo, los moralistas del deber reducen la enriquecedora y prosaica experiencia dolorosa a sólo un mero remedio ascético, uno más entre otros muchos. Precisamente aquí reside el realismo de la Bioética no utópica, como acaso algunos pudieran antes señalar. ¿Por qué? Pues, precisamente, porque el sufrimiento, el dolor humano, empapa, atraviesa como un eje vertebrador toda la actividad médica y, por consiguiente, los actos médicos son éticos en tanto que también dicen referencia a extinguir, aliviar o a preservar esa experiencia dolorosa. Dicho de otra manera: el ejercicio profesional de la Medicina no podrá escapar, ni rehusar nunca el encontrarse con la experiencia dolorosa.

Si esto fuera posible, sería un alivio, pero se trataría de un alivio oneroso y, por consiguiente, punible, porque artificialmente habríamos disociado el dolor humano del contexto clínico para amordazarlo y expulsarlo lejos de nosotros, como si se tratara de algo «neutro», de un mero asunto que sólo tuviera que ver con la ética del deber. Pero jamás será así. El sufrimiento del paciente es un asunto que afecta siempre al médico y del que es muy difícil desembarazarse. El sufrimiento del paciente es un acontecimiento que, antes o después, acaba siempre por interpelar al médico. Y es esa interpelación, precisamente, la que en muchas ocasiones da origen a la simpatía y conocimiento por connaturalidad que hace posible emerger al amor de la amistad del médico por el paciente.

Nadie que tenga sentido común o que sea capaz de hacerse cargo del sufrimiento ajeno se atreverá a decir que la Bioética es utópica porque se proponga acrecer ese amor de amistad del médico que trata de aliviar, suprimir o ayudar a dar sentido, si pudiera, a la experiencia dolorosa de sus enfermos. Lo que, sin duda alguna, contribuiría a fundamentar la ética en la utopía es que el médico se comportase como si el sufrimiento no existiera o como si no afectase para nada a la persona que lo padece. Tal actitud sería, además de utópica, desnaturalizada, puesto que tan propio de la naturaleza del hombre es sufrir el dolor como compadecerse de quienes lo sufren.

Algo semejante acontece respecto del hecho de la muerte. La muerte está siempre, de alguna forma, delante del hombre y más o menos próxima, ya que no sabemos ni el día ni el lugar, ni cómo sucederá. El hombre debiera atreverse a tenerla siempre presente o a estar en presencia de ella. Deberíamos acertar a mirar frontalmente y con gallardía a la muerte, porque de hacerlo así seguramente se integraría constituyendo parte del entramado configurador de nuestra propia vida.

En cierto modo, la Bioética debe preparar también al enfermo para la muerte. Tampoco esto debe ser una utopía. Una ética que no introdujera entre sus temas fundamentales el habérselas con la propia muerte sería cualquier otra cosa menos ética médica. Baste decir aquí, que tanto la felicidad como su reverso —la enfermedad, el sufrimiento y la muerte—, constituyen la trama fundante sobre la que se alza todo comportamiento ético. Por consiguiente, lo propio de la Bioética es que intente desvelar y dilucidar —de la forma más rigurosa posible— todos estos problemas, de los que, por otra parte, no puede zafarse ni eludirlos.

Lógicamente, el planteamiento bioético de estos temas ha de incidir, de una parte, sobre el sentido o la cuestión del sentido de la vida humana y su significado. Contempladas las anteriores cuestiones desde el punto de vista de la Bioética, es lógico que se hagan presentes al hombre bajo otra formalidad.

En el horizonte de la Medicina, la mayoría de estas cuestiones —cuando se plantean— incitan al hombre a la búsqueda y al encuentro de la verdad, como observaremos más adelante.

La Ética y la estructura del acto humano

El contenido de la Ética, sin duda alguna, es el estudio de los actos humanos. Si el hombre no actuara —entendiendo este término en su más vasta extensión—, la Ética no existiría. Pero no basta la acción humana para que la Ética quede justificada. Es preciso que esas acciones humanas sean específicamente tales. No todas las operaciones que en el hombre acontecen ni las acciones que éste realiza caen inmediatamente bajo el estudio de la Ética. De todas las acciones realizadas por el hombre, a la Ética le interesan especialmente aquellas que constituyen un principio activo del cambio que tiene sus raíces en el entendimiento y en la voluntad, tanto da si estas acciones trascienden a las personas que las realizan como si son inmanentes a ellas.

En atención a las propiedades que califican como tales a las acciones humanas se ha venido distinguiendo tradicionalmente entre los actos humanos y los actos del hombre. Lo propio de los actos humanos es su procedencia del entendimiento y de la voluntad. Los actos humanos son propios y exclusivos del hombre y, por eso, específicamente humanos. Los actos humanos son los que realiza la persona conociéndolos y queriéndolos previamente, es decir, los que realiza en el ámbito de la libertad. Acaso por eso la persona que los realiza se siente responsable de ellos, porque ella misma es su autora, porque considera que habiéndolos realizado libremente, lo lógico es que le pertenezcan.

Precisamente por eso, el orden de la Ética coincide con el orden de lo voluntario. La Filosofía Moral es la que se ha encargado del estudio de ese orden que la razón introduce en los actos de la voluntad. El acto voluntario fue definido por Tomás de Aquino como «lo que procede de un principio intrínseco con conocimiento del fin»[4].

Los actos del hombre, en cambio, designan aquellas operaciones que, realizadas en el hombre o por el hombre, éste no las conoce —o las conoce de modo muy imperfecto— o no las quiere o, por último, no es libre para realizarlas o no. Los actos del hombre pueden darse en el hombre y, sin embargo, no ser específicamente humanos, por no ser el único ser capaz de realizarlos. Los actos del hombre, al no haber sido realizados libremente, no hacen a la persona responsable de ellos. En los actos del hombre la persona que los realiza no queda libremente vinculada y comprometida.

En consecuencia, aunque todos los actos humanos son actos del hombre, no todos los actos del hombre son actos humanos.

Algunos, para matizar esta diferencia esencial entre actos humanos y actos de hombre han vinculado los primeros con las facultades espirituales y los segundos con las corporales. Pero tal modo de proceder, en lugar de explicar mejor las

[4] TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q. 6, a. 1.

diferencias que entre ellos existen, genera una confusión mayor. Y es que el sujeto de la acción en ambos casos es uno y el mismo ser: la persona humana, un compuesto sustancial de cuerpo y espíritu.

Por eso, todo lo que realiza el hombre al modo humano lo realiza y, en consecuencia, por muy corporal que sea un acto del hombre, esa acción estará necesariamente humanizada y necesariamente algo de espiritual habrá en ella. Lo mismo podría afirmarse, en el sentido contrario, respecto de los actos humanos, cuya espiritualidad está manifiesta y expresamente comprometida con la corporalidad de quien lo realiza.

Por consiguiente, la diferencia entre unos y otros no se deriva de lo espiritual o corporal que haya en ellos, sino más bien de que el agente entienda y libremente quiera aquello que realiza. No podía ser de otro modo, ya que lo «corporal» y lo «espiritual» son términos muy vagos e imprecisos cuando se aplican a la calificación de las acciones humanas, que en cuanto tales manifiestan siempre, de una u otra forma, lo que el hombre es: un espíritu encarnado con una carne espiritualizada.

Pondré un ejemplo de lo que se ha afirmado líneas atrás. La conducta alimentaria podría ser calificada por muchos como un acto del hombre, en función del fuerte compromiso existente entre la acción significada por ella y la corporalidad de quien así actúa. Pues bien, el hecho de alimentarse es, en muchas circunstancias, un acto humano y no un acto del hombre. Basta considerar, por ejemplo, el comportamiento alimentario de una persona enferma que precisa hacer un régimen de comidas. En ese caso, su comportamiento alimentario no es una mera conducta apetitiva, que se dispara por la presencia del alimento y la percepción visual que de él tiene esa persona. No; en este caso la conducta alimentaria implica el conocimiento de la composición de los alimentos, el conocimiento de si están incluidos o excluidos de la dieta, la superación por parte del consumidor de su propia concupiscencia que tal vez tiende apetitivamente hacia otra clase de comida que no le conviene, el análisis de otras alternativas alimentarias posibles a ésta que ahora se le ofrece (consejo) y el consentimiento en ellas; la elección y el uso activo de la voluntad para determinarse a seguir lo que el imperio del juicio práctico le presenta como aplicable y ejecutable; y, por fin, el uso pasivo que esa persona debe hacer de todas las facultades y funciones que recibiendo su impulso de la voluntad participan en llevar a término dicha conducta consumatoria.

Como aquí se observa, la conducta alimentaria no siempre puede reducirse a un mero acto del hombre, sino que, en este caso concreto, es un real y verdadero acto humano, en el que lo espiritual, obviamente, coopera a ella de forma más relevante que lo meramente corporal, con ser esto muy importante.

Por contra, no todos los actos aparentemente espirituales son, por ese exclusivo motivo, actos humanos. Otro ejemplo puede hacer la anterior afirmación más evidente. Éste es el caso de una persona que sufre trastornos obsesivos-compulsivos. Con mucha frecuencia a esa persona se le imponen determinados pensamientos con contenidos muy precisos, sin que pueda ser libre para apartarlos de su mente, aun cuando generan en ella intensos sufrimientos. Este paciente ocupa la mayor parte de su tiempo tratando de conocer si es o no culpable por haber pensado aquello que no quería pensar. Pero esa estimación que hace de su pensamiento en relación a su propia responsabilidad es algo que también se le impone sin contar ni con el consejo de su juicio práctico ni con el consentimiento y la elección de su voluntad.

Un paso más en este proceso y el paciente comenzará a manifestar conductas estereotipadas y rituales repetitivos expresados por acciones motoras que él libremente no escogió hacer, pero que obsesivamente fue empujado a hacerlos, ya que cognoscitivamente se le impone la idea errónea de que realizando esos automatismos contribuye a disminuir su responsabilidad.

En el ejemplo que acabo de mencionar la conducta de este enfermo está atravesada por lo que parecen actos del entendimiento y de la voluntad, aparentemente espirituales, sin que efectivamente lo sean. Y no lo son porque esta persona no es responsable de ellos, ya que no es libre para pensar o no en esas ideas, como tampoco es libre para elegir este o aquel medio de disminuir su supuesta y errónea responsabilidad. Y eso, a pesar de que los pensamientos e ideas —también aquí— constituyan la trama del conocimiento que, desde antiguo, hemos calificado como un acto de naturaleza espiritual.

Dicho de otra forma: el enfermo de nuestro primer ejemplo que seguía una determinada dieta, al comportarse así, estaba realizando un acto específicamente humano, ya que comprometía su entendimiento y su voluntad libremente en lo que hacía, mientras su yo quedaba implicado en lo elegido. Esto quiere decir que, tanto el origen como el término de su conducta estaban enraizados en sus propios presupuestos cognitivos y volitivos y en las propuestas que para sí mismo se hizo. Quien así elegía su dieta, forzosamente se sentía protagonista de lo que hacía —y también responsable de ello—, como consecuencia de la egoimplicación que estaba a la base de su propia acción.

Por contra, el paciente del segundo ejemplo pensaba mucho y ejecutaba ciertas acciones, sin que esos pensamientos ni esas acciones pudieran serle imputadas. Al no poder elegir ni lo que pensaba ni lo que hacía, lo pensado y lo hecho eran actos del hombre, pero no actos humanos. Por consiguiente, ese paciente obsesivo no estaba egoimplicado con lo pensado ni por él ejecutado, no siendo protagonista o responsable ni de lo uno ni de lo otro. Ciertamente, sus pensamientos y acciones estaban automática y mecánicamente determinadas en él a causa de la enfermedad, pero en justicia no debería afirmarse que esas acciones humanas estuvieran intelectual y volitivamente finalizadas.

Los actos humanos son acciones específicamente humanas, es decir, que ningún animal distinto del hombre es capaz de realizarlas. La conducta animal participa, lógicamente, de un cierto conocimiento del fin, sin el cual sería muy difícil de justificar aquella acción animal. Pero ese conocimiento no es intelectual sino sólo apetitivo y, en consecuencia, tales acciones no dependen propiamente de ese animal, sino de sus instintos.

Por eso, en el animal no hay voluntad, como tampoco hay conocimiento intelectual o, dicho de otra forma, tanto el conocimiento (sensitivo) como la voluntad son en el animal muy imperfectos, porque ni conoce los fines de su acción (conoce algo que es fin, sin conocer su razón formal de fin y lo conoce instintiva e imperfectamente), ni quiere determinarse a ello —sólo es empujado a esa acción, por vía instintiva y mediante la suscitación de dicho comportamiento en función del flujo estimular ambiental existente.

Por contra, en el hombre puede darse un conocimiento perfecto (intelectual) del fin como fin o en su razón formal de fin —cosa que no acontece en los animales—, a la vez que conoce los medios en cuanto que medios y ambos pueden ser queridos con un querer que procede positivamente de la voluntad, mediante un acto positivo de ésta, como principio intrínseco de la que procede. Dicho brevemente: los actos humanos implican un conocimiento intelectual del fin de la acción que se está realizando, proceden de un principio intrínseco y son libres, lo que quiere decir que el acto positivo de la voluntad de la que proceden, no está impedido por la ignorancia o la violencia —como necesidad absoluta o condicionada—, como tampoco el entendimiento ni la voluntad están oscurecidos por una vehemente pasión —qué tendría que ser patológica, en la práctica— que impida el uso de aquél y/o de ésta.

Los actos humanos son así entendidos, porque el hombre distingue los medios en tanto que medios y los fines en cuanto que fines. Los actos humanos resultan ser acciones muy complejas, gracias a las cuales el comportamiento se organiza como una acción propositiva, teleológica y finalista. Y es que la razón ordena los medios a los fines y éstos a su fin por antonomasia.

Es lógico que sea así, puesto que a los actos de la voluntad humana les ha sido impuesto por naturaleza el fin como fin. Al hombre le cabe poner los medios, elegirlos, subordinarlos o incluso hacer de ellos fines intermedios —determinados hitos en una larga secuencia— en los que tal vez descansar, pero sabiendo que esos mismos fines intermedios son medios subordinados al único fin que es la felicidad.

A este punto es donde había que llegar: el fin del hombre es la felicidad. Esto es lo que permite que el comportamiento humano sea responsable, precisamente porque el hombre goza de esa libertad en la elección de los medios y en el conocimiento de los fines. Por eso mismo, la complejidad del comportamiento humano puede descomponerse para su análisis en un encadenamiento de acciones seriadas según un cierto orden secuencial, pero sabiendo que cada acción o cada segmento de ese comportamiento es en sí mismo una acción finalizada.

Porque el hombre conoce los fines de las acciones que emprende también es capaz de construir con ellas la trama de un proyecto personal de vida, cuya meta es la conquista de la felicidad. Precisamente por eso, también los proyectos humanos convergen y se enlazan en la trayectoria biográfica del hombre que los acomete, que es un ser libre que se autoposee en el origen (Polo, 1991) y que tiene que realizarse a sí propio.

Los actos humanos demuestran que el hombre es un ser libre, autor (en el origen) de sus propias

acciones y poseedor (durante el transcurso de su acción y en su término) de lo hecho. Precisamente porque los actos humanos están sometidos al hombre que los realiza y dependiendo de él a él sólo pertenecen, el hombre es un ser que tiene psicohistoria.

Por eso, también sus propias acciones pueden ser propuestas que a sí mismo se haga, pretensiones anticipadoras de lo todavía no realizado, promesas que, arrojadas hacia el futuro, están ya anticipadas en quien las concibió y con él comprometidas, y pugnan por llevarse a término. Porque las acciones del hombre son finalizadas y porque el hombre conoce ese fin, por eso mismo la persona humana es responsable de ellas.

Los actos humanos pueden devenir irresponsables, es decir, perder su carácter voluntario y transformarse en actos del hombre cuando acontecen algunas de las causas siguientes:

En primer lugar, cuando por ignorancia no se da en el hombre el conocimiento del fin que debería haber. En ese caso la ignorancia debe ser invencible (que el sujeto no pueda salir de ella, aunque lo quiera) y antecedente o concomitante (que acontezca antes o simultáneamente que el acto de voluntad). En estas circunstancias el hombre no es responsable de su acción.

En cambio, cuando el hombre se ampara en la ignorancia (vencible) o sobreviene ésta después de haberse llevado a término la acción, ésta se robustece en su voluntariedad, porque esa ignorancia, de forma manifiesta o velada, ha sido querida.

En segundo lugar, cuando la violencia, entendida como necesidad absoluta y originándose en un principio extrínseco al agente —y a pesar de su resistencia y oposición— impide los actos imperados de la voluntad (los realizados por la misma voluntad y no los imperados por ella al ser realizados por otra facultad) o bien obliga a la voluntad a actuar del modo en que ella no querría. En este caso tampoco se puede hablar de voluntariedad en los actos humanos.

Por último, en tercer lugar, una violencia aunque no absoluta pero que sea capaz de condicionar seriamente la libertad de la persona puede coaccionar en mayor o menor grado los actos realizados por la voluntad. Éste es el caso típico del miedo, aunque deben estudiarse aquí todas las circunstancias que en él concurran así como la intensidad de ese condicionamiento que violenta la voluntad humana. En la mayor parte de los casos se admite que el miedo no suprime por completo la voluntariedad, aunque sí la condicione.

Por último, también las pasiones patológicas caracterizadas por una gran vehemencia pueden suprimir la voluntariedad del acto humano, pero sólo a condición de que impidan el uso de la razón. En ese caso concreto, las pasiones pueden hacer irresponsable a quien realiza esa acción, puesto que al privarle de la razón le impiden el conocimiento del fin.

El estudio de los actos humanos constituirá siempre un elemento imprescindible del análisis del comportamiento ético, aunque sólo sea en tanto que teoría de la acción humana sometida al deber.

El entrelazamiento cognitivo-volitivo de los actos voluntarios

Donde se hace patente la voluntariedad del acto humano es en la elección, ya que ésta implica un juicio del entendimiento y un querer de la voluntad que aparecen sólidamente entrelazados. De hecho, desde Aristóteles, la tradición filosófica no ha sabido separar el entender y el querer en el acto de elegir. La elección, se decía, «es una razón que desea o un deseo que razona».

El entendimiento, a través de los conocimientos inmediatos e intuitivos de los primeros principios prácticos (sindéresis), de la deliberación y los juicios prácticos (que realiza de un modo mediato y discursivo) y del consejo e imperio, coopera con el querer de la voluntad a la realización de los actos humanos libres y responsables.

Se han distinguido varios actos de la voluntad o varios momentos en este proceso que es la génesis del acto voluntario (García López, 1987). Desde luego, la voluntad tiende siempre al bien por objeto. Ahora bien, el bien apetecido por la voluntad puede consistir en un medio que se ordena a la consecución de un fin o en un fin en sí mismo.

Los actos de la voluntad, que tienen como objeto los bienes en tanto que medios, son el consentimiento, la elección y el uso activo. En cambio, los actos de la voluntad que tienen como objeto el bien en tanto que fin son la volición, la intención y la fruición.

La *volición* es el acto primero y más simple de la voluntad, cuyo objeto es el fin en sí mismo considerado. Para que se realice este acto de la voluntad —que se conoce con el término de simple volición— es necesaria la participación del entendimiento que es el que le presenta el bien y el fin que ésta quiere.

La *fruición* designa el último y más completo acto de la voluntad y consiste en la posesión y complacencia en el fin querido. El apetito intelectual no es otra cosa que la voluntad, y la complacencia en el apetito sensitivo también es acto de la voluntad. También aquí interviene el entendimiento, bien a través del apetito intelectual —que también descansa y se complace en el bien conocido— o bien a través de la complacencia del apetito sensitivo. El papel del entendimiento, con respecto al fin último logrado, es más bien la contemplación.

La fruición perfecta es aquella que conlleva la complacencia del apetito intelectual y su objeto se refiere al fin absoluto, que es poseído de un forma real y plena. En cambio, la fruición imperfecta es aquella que conlleva la complacencia del apetito sensitivo y su objeto es la posesión intencional o esperanzada de un fin próximo y relativo. Ya se habrá observado el sutil pero necesario entrelazamiento entre el entendimiento y la voluntad.

Por último, la *intención* (de *in* y *tendere*, tendencia o impulso) designa el acto de la voluntad que tiene por objeto al fin, pero todavía ausente, en tanto que alcanzable por algún medio. También aquí interviene el entendimiento, pues en tanto que de manera presupositiva y directiva es el entendimiento práctico el que le marca la dirección al fin, poniendo orden entre los medios y entre los fines intermedios, para que la voluntad se determine a ellos.

En lo que se refiere a los medios, el primer acto de la voluntad es el *consentimiento*. Pero el consentimiento de la voluntad tiene necesidad del consejo del entendimiento (pensar, deliberar), es decir, de la deliberación discursiva que lleva a cabo la razón práctica en relación de qué medios son los más aptos para conseguir el fin querido. El consejo del entendimiento no se limita a ser una mera deliberación, sino que es también el que sentencia respecto de qué medios son más viables y eficaces. Una vez que se ha producido el consejo por el consentimiento, la voluntad se adhiere a la sentencia del entendimiento, es decir, a lo que la razón práctica propuso a través de su consejo. Pero el consentimiento no es la elección, sino que se distingue de ella como observaremos a continuación.

La *elección* (de *eligere*, escoger) es el acto de la voluntad por el que ésta escoge un medio entre los medios que se le presentan como el mejor o el más apto —según las razones de conveniencia o utilidad de cada uno de ellos— para conseguir el fin que se quiere. La elección también supone el consejo comparativo, es decir, aquel acto de la razón práctica que ayuda a discernir por qué un medio es mejor que otro. Tras el consejo comparativo, la elección acepta el medio que, aquí y ahora, se considera mejor en función de sus circunstancias y se adhiere a él voluntariamente.

En la elección es donde se hace patente de forma más radical la libertad psicológica del hombre. La fundamental diferencia existente entre la elección y el consentimiento es que mientras que aquélla se refiere al medio que aparece como más útil para conseguir el fin, tras la comparación con los otros medios, éste, el consentimiento, se refiere únicamente a la bondad absoluta de los medios que se representan, sin que esta bondad sea dependiente de la mayor o menor conveniencia o utilidad. La elección no es, pues, nada más que la aceptación por parte de la voluntad del consejo comparativo, último juicio práctico del entendimiento.

Por último, aquello que se ha elegido hay que realizarlo. Al acto de la voluntad que realiza lo elegido se designa con el término de *uso activo*, diferenciándose del uso pasivo, que es el acto de la voluntad que pone en movimiento a otras facultades para realizar tal comportamiento. El uso activo, como acto de la voluntad, es donde concluye el acto humano voluntario.

Pero el uso activo necesita de otro acto del entendimiento, del *imperio* (imponer orden) que presenta el medio elegido por el consejo comparativo como algo a realizar y ejecutar. Gracias al imperio del entendimiento, se establece un ordenamiento que culmina en la *ejecución del fin*; y eso a pesar de los nuevos obstáculos que puedan surgir, gracias a que el imperio del entendimiento saldrá al paso de ellos, a la vez que robustece la resolución tomada. Esta firmeza en el mantenimiento de la resolución tomada es un impulso propio de la voluntad.

Sin este entretejerse recíproco del entendimiento y la voluntad el hombre no podría ser dueño de sus acciones, porque éstas ni estarían finalizadas (y conocidas en su finalización) ni serían queridas (y realizadas en su ejecución).

Gracias al entendimiento nuestras acciones

son intencionadas, cuando todavía el fin está ausente. Esa finalidad anticipatoria de lo que apenas es algo más que un proyecto de acción se debe al entendimiento. Pero el fin conocido por el entendimiento es un bien que queda mostrado a la voluntad.

Por eso el conocimiento del fin (función del entendimiento) deviene fin-tendencia (querido por la voluntad). El fin de una acción, en tanto que es conocida por el entendimiento y presentada a la voluntad, se convierte en pretensión. Por eso mismo también el conocimiento del fin es la motivación principal y más relevante para nuestro comportamiento, y, en tanto que motivación, lo primero que pone en marcha nuestra conducta, aunque, paradójicamente, sea lo último que se alcance en tanto que fin.

Si el fin no se conociera, la voluntad no querría, encontrándose desmotivada para la acción que hay que emprender. De otro lado, aunque se conociera el fin y la voluntad lo quisiera, habría que buscar qué medios son los necesarios para conseguir el fin propuesto y ya querido (la pretensión se hace propuesta).

Aquí es precisamente donde interviene el proceso de deliberación, el cual, después de buscar y contrapesar las diversas alternativas posibles —siempre en su ordenamiento respecto del fin alcanzable—, llega a una sentencia judicativa, aconsejando a la voluntad cuál es el mejor de entre ellos. Esta sentencia se hará firme, como último juicio de la razón práctica, tras comparar unos y otros medios, aquí y ahora. La deliberación y el consejo, aunque sean sentencias del último juicio de la razón práctica no son por sí mismos decisorios, son meramente consultivos.

Lo propio de las consultorías profesionales es dar consejos. Y eso es lo que hace aquí el entendimiento. Sería impropio de los consultores tomar decisiones, porque su actividad no va más allá —ni tampoco más acá— de emitir un dictamen. A la voluntad compete tomar la decisión. Pero una decisión que no estuviera fundamentada en la deliberación y el consejo tendría muchas probabilidades de convertirse en una decisión errada.

Insistimos en que es la voluntad la que decide. Y tal acto no puede realizarse sino interrumpiendo el proceso de deliberación (que es el del entendimiento) por un acto de elección de una instancia ajena a él (la voluntad). Desde esta perspectiva parece ser que la voluntad, en tanto que es la instancia decisoria, resulta más relevante que el entendimiento o instancia deliberadora.

Sin embargo, desde otra perspectiva, no acontece así, puesto que la decisión de la voluntad sigue el juicio sentenciado en la deliberación por la razón práctica. No se trata aquí de señalar la preeminencia o prioridad de una facultad sobre otra, entre otras cosas porque la cooperación entre ambas es forzosa, tanto que la cooperación se transforma en contribución.

Pero, en última instancia, la decisión de la voluntad es ella misma libre y tiene muchas posibilidades de errar, bien porque, a modo de ejemplo, ha interrumpido excesivamente pronto el proceso deliberativo o bien porque no ha seguido la sentencia del imperio del entendimiento.

En cualquier caso, como todas las deliberaciones sumadas no constituyen una sola decisión, el acto voluntario que es el uso activo de la voluntad, comporta un cierto riesgo. Este riesgo emerge como consecuencia de la libertad entrañada en la misma voluntad. En efecto, el uso activo de la voluntad no puede asegurarse desde el imperio del entendimiento —juicio práctico que podría prolongarse indefinidamente—, pero tampoco desde la seguridad que pudiera proporcionar una toma de decisiones acerca de lo que hay que hacer, que se dedujera desde lo todavía no hecho. De aquí que el uso activo de la voluntad se confunda con un acto de decisión por cuya virtud la voluntad misma se decide a algo. Esta decisión de la voluntad comporta un cierto riesgo, pero constituye también la fuerza creadora de la libertad.

En cualquier caso, tampoco es tanto el riesgo de la libertad creadora puesto que la elección de la voluntad, repitámoslo una vez más— se refiere a los medios, supuesta la intención del fin. Y es que, como dice la afirmación tradicional, «ultimus finis nullo modo sub electione cadit». No; la libertad no puede elegir el último fin en sentido moral —si, como se ha afirmado líneas atrás, se quiere alcanzar la plenitud—, precisamente porque éste es su raíz y la savia por la que la voluntad está orientada a lo que está orientada. Pero eso no acontece en la perspectiva del fin psicológico, pues el hombre puede apartarse voluntariamente de su último fin y situarlo en otro objeto. Que los fines últimos no puedan ser elegidos, no debe interpretarse como un límite de la voluntad. Más aún cuando, como se ha dicho, esos fines son la raíz que hace posible la orientación de la misma voluntad, es decir, lo que posibilita el que la voluntad alcance en plenitud su querer.

El entrelazamiento entre el entendimiento y la voluntad resultan obvios en el análisis que hemos hecho de los actos humanos libres y responsables. La interacción entre estas dos facultades es complementaria, tanto en lo que respecta a la elección de los medios como a la conquista del fin en que consiste la felicidad. Sin el conocimiento del fin no es posible la inclinación al bien de la voluntad.

Del mismo modo, sin el compromiso de la voluntad respecto del bien —que es lo que quiere—, no sería posible el juicio de la razón práctica. Sin el consejo y la deliberación ninguna elección sería voluntaria. Tal vez la mayor dificultad que encontramos en el modo en que se articulan el entendimiento y la voluntad provenga de que no tenemos un concepto suficientemente nítido acerca de lo que es la verdad y el bien.

La Ética como propuesta, pretensión y proyecto

En la conducta humana, objeto de la Ética, no todo son respuestas. El comportamiento humano no puede reducirse a un mero reflejo, como pretendieron en su día algunos conductistas. El hombre es capaz de trasformar sus respuestas en propuestas, es decir, de responder al ambiente proponiéndose a sí mismo en esa respuesta lo que a continuación debe hacer.

El hombre es un ser capaz de proyectos. Inevitablemente, todo hombre, de alguna manera, es un proyecto que se cumple en el tiempo, porque por ser el hombre un ser temporal que tiene comienzo y que tiene fin, ha de transformar el tiempo en psicohistoria, es decir, en la duración en que puede realizar su trayectoria biográfica y personal, gracias a la cual él mismo se realiza como quien es.

En este horizonte, su comportamiento ético es aquel que salvaguarda y garantiza la realización de su mejor proyecto: el de ser hombre. Es decir, aquel por cuya virtud el hombre ajusta su actividad a la línea de crecimiento que le hace alcanzar su máxima estatura como persona.

Polo (1991) lo ha visto muy bien al afirmar que «crecer, perfeccionarse como hombre es la más alta forma de crecimiento que existe. Ahora bien, en la medida en que el hombre se comporta éticamente, se perfecciona. Realizar lo ético es del orden del crecimiento del perfeccionamiento del propio ser» (pág. 110).

Desde esta perspectiva, el hombre se nos presenta como el ser de crecimiento irrestricto, siempre que no se reduzca ese crecimiento a un mero actuar. Crecer significa multiplicarse pero diferenciándose; crecer significa ir a más siendo mejor. Por eso, el hombre nunca acaba de crecer del todo. Esta tendencia al crecimiento es, en el fondo, lo que Polo denomina «optimismo vital». Dice así: «El optimismo vital nace de la esperanza de ser más por dentro, de conquistar cotas humanas transformándose al realizarlas» (pág. 113).

Exactamente, en esto consiste el crecimiento: en transformar y en asumir, sin por ello perder la libertad. Si el hombre no creciera, si sus respuestas fueran solamente reacciones, apenas conductas reactivas a los meros estímulos, todas sus respuestas serían reflejas. El hombre es capaz de integrar, de asumir y de transformar el mundo, autotransformándose a sí mismo en ese cambio o modificación, y esto ya es crecer.

Por eso, el hombre no es un ser circunstancial o, al menos, no lo es absolutamente. Y no lo es en el sentido de que toda la biografía, la hechura, la trayectoria biográfica de su andadura vital sea una pura consecuencia de las circunstancias a las que el hombre está expuesto. No; cuando afirmamos que el hombre es un ser circunstanciado hay que entender la circunstancia como algo que, a su vez, es modificable por el hombre y por las transformaciones que por medio de su libertad la persona realiza.

El hombre es el ser capaz de crear su propia circunstancia, aunque por el hecho de crearla haya de responder luego —a veces hasta con su propia vida— del cambio que hizo de su circunstancia. Si no fuese así, el hombre estaría determinado por la circunstancia y entonces el hombre dejaría de ser la persona libre que es para convertirse en un ser circunstanciado, es decir, en un animal.

Como ser ético, el hombre es el ser que tiende a más, que crece, que se organiza en el tiempo, que es capaz de concebir propuestas a las que encadenar su respuesta; que anticipa el futuro y en ese grande o pequeño espacio que le ofrece su libertad personal, poder atender a aquellas alternativas que hacen viable esta o aquella opción.

Es cierto que hay en el hombre tendencias naturales o inclinaciones, cuyo objetivo está relativamente fijado. Pero a su vez, la fijación de esos objetivos en el hombre es bastante flexible y plástica y permite una cierta elasticidad.

Aunque condicionada, la fijación de esas pautas de acción no es tanta que determine la conducta del hombre. Por eso, las respuestas del hombre nunca son respuestas determinadas como en el fijismo animal o como los movimientos fototrópicos de las plantas. Las respuestas en el hombre son propuestas, que como las tensiones en él son pretensiones.

El hombre tiene, qué duda cabe, ciertas tendencias naturales, pero esas tendencias permiten grados de libertad muy diversos por cuya virtud el hombre puede crecer y tender a algo más, a algo mejor. Ser ético, apostar por la Ética significa tener la posibilidad de tender a más, de ser capaz de adaptarse a una norma superior que el propio hombre ha descubierto en sí. Estas tendencias naturales que el hombre tiene están entreveradas de libertad y por eso no son rígidas, sino que el hombre conserva en medio de ellas su libertad.

Pero a la vez, muchas de esas tendencias apuntan a una norma moral. En ocasiones, en el seno de esa misma tendencia emerge la norma de comportamiento por la que éste debe autorregularse, como algo que es connatural a ese mismo comportamiento. En ese caso, en tanto que norma, no constituye un artefacto que limite el comportamiento de la persona, como tampoco significa un hito restrictivo o represivo de esa misma tendencia humana, sino más bien, aquello, precisamente, que lleva a plenitud a la tendencia, en tanto que la armoniza. Se diría que la norma natural, a través de su iluminación, hace más posible y viable que se logre la plenitud de esa tendencia natural.

En cierto modo, lo que hacen las normas éticas es cambiar la mera respuesta humana transformándola en propuesta. La norma ética muda y cambia la tensión en pretensión, la tendencia en proyecto. En este sentido, puede afirmarse que la norma ética hace al hombre más libre, ya que el comportamiento ético incrementa el acierto y las mismas posibilidades de la libertad de ese comportamiento, siempre que aquí entendamos la libertad como la autoposesión en el origen.

Por eso, en la medida en que esas tendencias naturales se conducen de acuerdo con la Ética —se ajustan a la norma natural ética—, en esa misma medida, esas tendencias se transforman en proyecto humano, resultando enriquecidas, diversificadas y magnificadas hasta la plenitud de lo que es propio del hombre.

Cuando se actúa así, esas tendencias no someten ni aherrojan al hombre en que se hallan, sino que, lejos de subordinarlo a ellas, es el hombre el que las somete a la totalidad de su ser, al embridarlas, conducirlas, dirigirlas e incluso determinarlas hacia los propios fines que se ha propuesto alcanzar.

Todo esto es ganancia de libertad, un nuevo modo de autoposeerse en el origen. Quien domina sus tendencias, quien las embrida, dirige y controla con mano fuerte adonde el sujeto quiere ir con ellas, es más libre que quien está a merced de esas tendencias. También en este sentido podría entenderse el crecimiento humano como el acrecerse de nuestra libertad como consecuencia de esa autoposesión de nuestras propias tendencias.

Esto es lo que da mayor consistencia subjetiva a la propia persona. Sólo si el hombre es capaz de perfeccionarse a sí mismo será capaz de crecer. Buena parte de ese crecimiento no es otra cosa que consistencia personal, firmeza subjetiva, estabilidad posibilitadora de que el hombre vaya a más o siga yendo a más lejos y mejor. Crecer debe entenderse aquí, siguiendo a Polo, como sinónimo de ser más, de ser mejor. En este contexto ético, crecer es sinónimo de felicidad.

La capacidad de crecimiento irrestricto que da al hombre el comportamiento ético es precisamente lo que posibilita que el hombre sea perfeccionable. Las tendencias naturales, la libertad y el propio crecimiento del hombre, demuestran, de una u otra forma, la perfección intrínsecamente perfectible en que consiste la vida humana. El hombre es tanto más hombre cuanto más se perfecciona.

Cuando el hombre viene a este mundo trae consigo una cierta perfección inicial: la que se deriva del ser que es. Pero el hombre no está hecho y tiene que hacerse. En tanto que ser por hacerse y todavía-no-hecho, su perfección inicial forzosamente está llamada a una perfección final todavía mayor.

Esto significa que esa perfección inicial del ser humano es perfectible. El grado de bondad que alcanzarán las perfecciones naturales e iniciales, que en el punto de partida cada hombre tiene, en buena medida dependerán de que todas ellas se fortalezcan, aúnen y crezcan armoniosamente en plenitud. Cuando este crecimiento no es armónico, cuando no tira hacia arriba de forma equilibrada de todas las tendencias —y las desgarraduras, incoherencias, crecimientos erráticos, gigantismos, atrofias, enanismos e incongruencias disarmónicas son un buen ejemplo de ello—, más que de crecimiento habría que hablar, entonces, de desarrollos patológicos, conglomerados anárquicos o malformaciones.

Así las cosas, podría sostenerse que la libertad es la condición de la posibilidad de la perfección perfectible que es el hombre. Como dice Polo: «De la libertad emana un imperativo: "sé mejor", "ve a más", "sé auténticamente hombre porque todavía no lo eres"».

El hombre es un ser siempre perfectible por virtud de su apertura cognoscitiva. El perfeccionamiento humano no tiene techo: por eso mismo siempre se puede crecer; pero también menguar, hasta incluso arruinar la perfección inicial que uno tenía. En la lucha por conseguir este crecimiento es como la persona muestra su ser ético.

Después de esto, la Ética no puede entenderse ya como una materia, ley o norma que hace de la persona humana un ser estrecho, en tanto que limita, cerca y restringe —algunos sostienen que hasta la represión— el amplio ámbito de libertad en el que aquélla ha de desenvolverse. Por contra, la Ética es lo que profundiza, intensifica y extiende las propias tendencias humanas que, al amparo del vigor ético, resultan así ampliadas, incrementadas y plenificadas. Dicho de otra forma: en la medida que el hombre se hace más ético, en esa misma medida, sus tendencias se fortalecen y robustecen.

Perfeccionar la perfección inicial de que estamos dotados significa acrecernos, robustecernos aprender a amar, atender mejor a los que nos rodean, es decir, ser cada vez más fuerte.

Si el hombre no tuviera la opción de su propio perfeccionamiento, la Ética sería absurda. La Ética tiene que ver con la libertad, con la posibilidad de hacernos más fuertes. Sin fortalecimiento de las propias tendencias no habría crecimiento, del mismo modo que tampoco sería posible la autoperfección personal. En la medida que es ético nuestro comportamiento, nuestra libertad se acrece y nosotros mejoramos.

La conducta humana no es ya una mera respuesta que se pierde sin dirección en el vacío o que se agota en un mero responder determinado por el flujo estimular que la suscita, sino algo finalizado que, en cuanto tal, es convergente con el proyecto alumbrado por la libertad personal. Esa conducta finalizada, en tanto que todavía no realizada del todo, es a lo que aquí se ha denominado propuesta o propósito, porque sin haber alcanzado la perfección a la que aspira, no obstante tiene ese propósito y a ella apunta y se dirige.

Esto es lo propio y específico del comportamiento ético: un nuevo moldeamiento por cuya virtud el hombre transforma sus referencias en pre-ferencias, sus respuestas en pro-puestas (respuestas propositivas) y sus tensiones en pre-tensiones, todo lo cual otorga un mayor alcance y un más vigoroso carácter finalista a todo cuanto el hombre hace.

El comportamiento ético al que está vocado el hombre —y para el cual está naturalmente dotado— le permite ser fuerte en la adversidad, sin dejar por ello de ser flexible en las más variadas circunstancias y contextos. Y todo esto no sólo sin traicionar la propia excelencia, sino más bien optimizándola, es decir, siendo consciente con la coherencia legitimadora de su propia conciencia y de todo cuanto hace.

Lo perfectible de esa perfección inicial demuestra la presencia en el hombre de una robusta tendencia a ser más, a ser mejor. Y esto mismo manifiesta que el hombre es, por naturaleza, un ser un tanto descentrado. Pero tal «descentramiento» —entiéndase bien— es lo que le permite estar abierto de un modo irrestricto a la perfección. Por eso, cuanto más se centra el hombre en sí mismo (clausura egotista), más descentrado está. En cambio, se con-centra tanto más en sí mismo (se plenifica como resultado de su acción) cuanto más sale de sí propio (apertura altruista) y se abre y entrega al prójimo.

En cierto modo el hombre es un alguien que sólo se centra en la medida que su atención tiende (trasciende) a lo que está más allá de él. El hombre es un ser abierto en cuya capacidad de apertura late también la posibilidad de un cierto equilibrio y centramiento.

La Ética viene a estimular al hombre todavía más a salir de sí, a encontrar su centro de gravedad ampliando sus tendencias, armonizándolas y robusteciéndolas unitariamente respecto de un sentido o significado. El hombre se centra precisamente cuando atiende, se ocupa y compromete con algo o alguien que le trasciende.

Pero todo esto no se conquista en un instante y de una vez por todas. La realización de todo esto exige tiempo. Por eso el crecimiento ético presupone una cierta madurez, una cierta constancia y una cierta paciencia.

«La vida ética —escribe Polo— es una vida normada de acuerdo con el ser más, no con el ser ya» (pág. 123). Esto significa que el comportamiento ético, por su propia definición, tiene que huir del instantaneísmo, de la eclosión del comportamiento que sólo opta por el instante saltatorio, aislado y desvertebrado del continuismo temporal en que tiene acomodo el encadenamiento lleno de sentido del instante siguiente con el instante anterior.

La vida ética no puede limitarse a sólo un instante, sino a la continuidad de una trayectoria biográfica. Y eso es lo que da madurez al ser, lo que le permite crecer, armónicamente, en su desarrollo. Cuando el crecimiento es anómalo emerge la patología. El gigantismo y el enanismo no son nada más que sus consecuencias: unas tendencias crecen mucho en unos casos, mientras otras no crecen nada o todas ellas crecen o no crecen en absoluto. Cuando el crecimiento de las tendencias no refuerza a unas y a otras, no hace que unas y otras se refuercen entre sí, de manera que haya entre ellas una interdependencia armónica, entonces lo que resulta es un crecimiento viciado, monstruoso y errático. En ese caso, el acrecerse de una tendencia significa la división o anulación de la otra y el amenguarse de la persona entera que acaba por asfixiar las posibilidades de perfeccionarse que como ser tenía.

Acabamos de observar cómo la Ética es inseparable del autoperfeccionamiento humano. Y es que, insistimos una vez más, el hombre puede crecer, puede tener, tiene de hecho, esa tendencia a ser mejor. Y esa tendencia natural a ser mejor, a ser bueno, es una disposición natural que constituye el «humus» donde crecerán las virtudes morales. «La Ética —ha escrito Polo— no reprime las tendencias, sino que las maximaliza» (pág. 125).

Lo propio de la naturaleza es tender. Por eso, la naturaleza es principio potencial de las operaciones y cuanto mejor es el hombre, cuanto más feliz es, más poderosas, eficientes y perfectas son sus tendencias, como también su crecimiento es de mayor alcance. Desde esta perspectiva, la virtud no es nada más que el fortalecimiento de las tendencias humanas. Pero así como el pluralismo de nuestras tendencias debe crecer armónicamente de manera que el acrecerse de una tendencia robustezca y fortalezca a las restantes, lo mismo podría hablarse respecto de las virtudes.

En cierta manera, la virtud no es sino el fortalecimiento de una tendencia. De aquí que no haya una virtud, sino muchas, y por eso también que las virtudes morales estén conectadas como lo están las tendencias naturales que hay en su base. Como sostiene Polo, «las virtudes están conectadas; si no, la intensificación de la tendencialidad humana carecería de consistencia, unas inclinaciones chocarían con otras, y sería imposible el verdadero crecimiento. (...) En virtud de lo irrestricto de su perfectibilidad el hombre no es un sistema cerrado que termine en una situación de equilibrio o aspire a ella para, desde ahí, reaccionar sólo cuando esa situación se altera. (...) La noción de equilibrio es insuficiente. El desarrollo humano es armónico y sistémico. La noción de equilibrio es demasiado estática» (pág. 125).

Sintetizando la doctrina expuesta por Polo, hay que afirmar que lo propio de la naturaleza es tender, en tanto que lo propio de la naturaleza es ser el principio potencial de nuestras operaciones. Ahora bien, el crecimiento consiste en el desarrollo armónico y entrelazado de todas nuestras tendencias. Y ese crecimiento apunta a un fin que es el de la felicidad. Pero tal crecimiento no será posible sin las virtudes que son perfectivas de los principios del actuar y gracias a las cuales todo sistema tiene consistencia. Por consiguiente, naturaleza, tendencias, crecimiento, perfectibilidad armónica de las tendencias, felicidad y virtudes se exigen mutuamente. Las virtudes dan consistencia al sistema. La Ética, en el fondo, no es nada más que la condición de consistencia de toda la sociedad; puesto que cuanto más virtuoso sea el hombre, más feliz será la sociedad. Y es que la «polis» se hace, se construye con hombres buenos.

Por contra, cuando lo que de perfectible hay en la perfección humana inicial de cada ser no crece, cuando las tendencias a esa perfección y crecimiento no se realizan, o esas potencialidades naturales no se actualizan, el efecto resultante empobrece al hombre y a la sociedad. Cuando esto sucede, la inicial perfección perfectible deviene en perfección defectible, es decir, en algo defectuoso y empobrecedor. Pero como el hombre era libre de diseñar la hechura de su personal crecimiento y éste ha resultado tan empobrecedor, es posible que tal mudanza sea negligible y acaso culpable. El cambio que se ha operado, en lugar de robustecer y perfeccionar las propias tendencias las debilita y, en cierto

modo, se alteran. En este punto hasta podría hablarse de enfermedad moral, ya que términos como *infirmitas* e *insecuritas* expresan muy bien el resultado final de «falta de firmeza» e «inseguridad» a que conduce a la persona, como consecuencia de su comportamiento anético. La virtud, en cambio, se nos hace patente como consistencia, estabilidad, plenitud y felicidad, propiedades todas ellas que son buenos descriptores del estado de salud de la persona.

«Casos clínicos» o «casos de conciencia»

El ejercicio clínico de la Medicina, nos tiene acostumbrados —mal acostumbrados, por cierto— a hablar de «casos clínicos». Algo parecido puede suceder respecto de ciertas bioéticas que gustan de hablar de «casos de conciencia».

Es cierto que ningún enfermo es un caso —ni siquiera clínico—, puesto que la persona es mayor y distinta que el «estado» de enfermedad que padece. La enfermedad— cualquiera que ésta sea, incluso las crónicas— apenas es un accidente, una circunstancia —todo lo importante que queramos— que atañe y afecta, lógicamente, a la persona, pero que jamás es capaz de explicar lo que aquélla es. Más aún, porque cada persona es como es, las enfermedades que los hombres padecen se configuran de esta o aquella forma, y no al contrario.

Por eso debemos huir de los llamados «casos clínicos», porque ningún enfermo es un caso. Y, precisamente, también por eso los especialistas en Ética debieran huir de los «casos de conciencia»: porque ninguna situación ética, por grave que pueda ser, tiene capacidad suficiente para reificar la conciencia y reducirla a un instante estático e inmodificable. Nuestra conciencia es dinámica, no es estática y, por tanto, el juicio ético que resulte no puede ser algo tal rígido como el comportamiento de un mero automatismo. Y eso a pesar de que las leyes que regulan e inspiran ese juicio sean, obviamente, estables y universales.

Dicho de otra forma: así como ningún enfermo es un «caso clínico», tampoco ningún enfermo debiera ser un «caso de conciencia». No hay, pues, «casos clínicos» ni tampoco «casos de conciencia». De admitirse la existencia de los «casos clínicos», la Medicina toda se convertiría en una mera casuística patológica. De admitirse los «casos de conciencia», toda la Bioética se transformaría en una mera casuística moral. No obstante, la exposición de ciertos «casos» es en ocasiones necesaria, tanto en la enseñanza de la Moral como de la patología; entre otros motivos, porque ayuda precisamente a personalizar las aplicaciones de esas enseñanzas.

La tradición médica ha venido sosteniendo desde antiguo el espíritu de que «no hay enfermedades, sino enfermos». Este principio habría que considerarlo también desde la perspectiva ética, puesto que cualquier decisión que se tome exige previamente de la necesaria reflexión acerca de la persona (única e irrepetible) y de su contexto (que, en alguna forma, tampoco es homologable al de otras personas).

A esto hay que añadir que no hay acciones médicas aisladas. Todas las pequeñas decisiones que integran el acto médico se hacen convergentes, se anudan, se entrelazan, se configuran en un proceso en el que es muy difícil separar y distinguir unas de otras. Si hiciéramos de la Bioética y de la Medicina una bioética casuística y una patología también casuística, lo que haríamos sería romper la realidad del hombre, fragmentarlo, atomizarlo en esa *membra iniecta* en que por esa acción devendría la persona humana. Con ese modo de proceder romperíamos también la unidad de la ciencia —sea la Ética o la patología—, pues al actuar así anularíamos de hecho los principios, normas y leyes (que en tanto que universales son generalizables) por las que se rige, para encerrarnos en el hermetismo particularizado y demasiado recortado de este o aquel caso (que, lógicamente, no es generalizable) o de esta o aquella situación (ética de la situación). Y es que, como decía Aristóteles, «no puede haber ciencia sino de lo universal».

La misión de la Bioética, como la de la Medicina, es muy contraria a esa atomización. Su principal función es la de integrar los diversos elementos que la componen en una unidad de sentido superior. El error casuístico —trátese de la clínica o de la Bioética, sea aplicado a la conciencia o a la enfermedad— sólo queda superado cuando se contempla el juicio ético desde el horizonte de lo preceptivo y normativo.

Cuando se parte de la ley, el atenimiento al caso singular y concreto que ha de juzgarse aparece como más exigente y mejor fundado. ¿Por qué? Porque entonces se descubre que lo que hay que hacer es aplicar determinados principios a

unas conductas, a la luz de los criterios de verdad que en estas últimas se contienen. Sólo actuando así se puede dilucidar lo que estaba permitido y lo que estaba prohibido en aquellas circunstancias y, en consecuencia, si el acto realizado era bueno o no, si plenifica o no la vida de quien así se comporta, haciéndola más benevolente. La complejidad de las decisiones médicas unida a la versatilidad de la conducta del paciente y a su personal libertad hace que la justa aplicación de esos principios no sea tan fácil como parece.

En primer lugar, porque con sólo esos principios no pueden medirse todas las personas y circunstancias, de una forma automática.

En segundo lugar, porque cada enfermo —lo mismo que el médico— debe juzgarlos desde la propia conciencia y tampoco tenemos demasiadas garantías de que podamos juzgar rectamente cada situación, cuando tantas veces ni siquiera somos capaces de hacerlo con la propia. En todo caso, lo que habrá que hacer es profundizar, ahondar más en la formación de la conciencia personal, para que la conducta ética que de la acción médica resulte no sea una bioética derivada de la mera casuística.

En tercer lugar, porque los actos humanos no aparecen o, simplemente, se manifiestan a través del comportamiento, como gustarían de sostener los viejos behavioristas o conductistas. En todo acto humano hay dimensiones irrenunciables de intimidad y privacidad, además de otras dimensiones en las que por manifestarse públicamente la conducta esta puede ser observable y cuantificable por una concreta comunidad científica. Pero los actos humanos de que entiende la Ética, la conducta humana que debe juzgar es mucho más compleja que lo meramente observable, por lo que los actos de que entiende no pueden reducirse a sólo su dimensión pública y cuantificable. Es preciso evaluar también lo que acontece en la intimidad del hombre, por difícil que esto sea.

Una ética que sólo se funda en el respeto externo, en el *sentimiento* de respeto a las leyes establecidas socialmente, ve con dificultad casos que suponen un juicio de tomar decisiones por otro, cuando se estima que su acto de decidir es incorrecto. Si no se supera el externalismo ético, no se podrá juzgar y decidir correctamente sobre pacientes, que por ejemplo, eligen incorrectamente —siguiendo el ejemplo de W. Brock y S. A. Wantmann[5]. Un excesivo legalismo impide al médico tomar las decisiones oportunas.

Por otra parte, los actos humanos comportan otras dimensiones que van más allá de propio individuo y que tienen repercusiones en la comunidad, por lo que inciden en la virtud de la solidaridad. Tal proyección social de los actos humanos —que va más allá de la individualidad y alcanza a la misma solidaridad— debe tenerse en cuenta, puesto que las decisiones clínicas que se tomen deben contemplarse desde la perspectiva de cuál es el mejor modo de optimizar el que el hombre cumpla y satisfaga el fin último que con su vida se propone.

El tema de la finalidad de los actos humanos interpela continuamente la acción del médico. Y es que, por esa finalidad de que está dotado, el comportamiento humano pierde su aislamiento y se organiza dinámicamente alcanzando un nuevo sentido, configurando la propia biografía con unos nuevos valores que, a su vez, hacen posible el que la persona valga. Es decir, la realización de valores a través de nuestro comportamiento nos avalora y acrece nuestro valer como personas.

Tratar de entender el comportamiento del hombre desde el ámbito de los valores nos fuerza a hablar de las virtudes. La Bioética tiene que ver con la virtud. Y tanto de la virtud del enfermo como de la virtud del médico. Naturalmente, la virtud tampoco es una consecuencia inmediatamente derivada del deber. Por eso, aunque sea propio de la Bioética la asunción del deber —no se puede pretender construir una bioética sin obligaciones ni deberes—, no obstante, tampoco se reduce al deber ni sólo con él se identifica.

Insisto en que la Bioética no puede reducirse a una ética de la obligación o de sólo la obligación. En todo caso, eso sería una ética mínima y la Bioética —por la grandeza y dignidad del hombre a que está llamada a servir—, está abierta a ser una ética de máximos, una ética por sobreelevación que apunta a la excelencia, una ética que trata de contribuir a que tanto el paciente como el médico sean portadores y alcancen una vida lo más honesta posible. Por todo ello, la motivación última de la Ética no es tanto la resolución de un «caso de conciencia» particular, como el encaminamiento del hombre *ad actitudinem vitae*.

[5] Cfr. BROCK, D. W.; WARTMAN, A., «When competent patients make irrational choices» (Editorial), en *The New England Journal of Medicine*, 322, 22, 1990, pp. 1595 y ss.

Ética y éxito

Hemos visto líneas atrás que la Ética era la ciencia subordinante respecto de la Medicina, que era la ciencia subordinada. Naturalmente, la Medicina debe tender a triunfar sobre la enfermedad, a aliviar el dolor, a consolar al paciente y eso incluso en el caso de que no consiga una restitución *ad integrum* de la enfermedad del paciente. Ciertamente, la Medicina como ciencia está llamada a ayudar al hombre a triunfar sobre el dolor y el sufrimiento. Hoy disponemos de numerosos datos e indicadores acerca de ese éxito. Lo ventajoso de ese progreso de la Medicina se pone de manifiesto, por ejemplo, en el triunfo sobre la mortalidad de tantas enfermedades antes incurables, lo que ha supuesto un poderoso aumento de las expectativas de vida.

Ahora bien, el criterio de éxito no puede convertirse en principio fundante y último del comportamiento médico, al cual se subordinen todos los demás. Los criterios éticos no debieran subordinarse jamás al criterio del éxito. La Ética puede contribuir al éxito pero no lo garantiza. Lo propio de la Ética no es el éxito; lo propio de la Ética es el bien. De aquí que pueda haber actos médicos que sean perfectamente éticos —porque tienden al bien— que, sin embargo, no son exitosos (acaso porque no son curativos), y viceversa.

Lo decisivo desde el punto de vista ético en la asistencia clínica y en el quehacer del médico es la decisión acerca del bien: la realización de ese fin ético humano. Una medicina así ejercida, una medicina que no se contraponga a la Ética, sino que la realice en sí, es, qué duda cabe, una medicina también exitosa, incluso más exitosa que la que está basada solamente en el fin curativo.

Al fin y al cabo, la salud no es el último fin del hombre, sino que hay también otros fines en la vida humana —como, por ejemplo, el mismo comportamiento ético— a los que en ocasiones la salud ha de subordinarse. Y es que la salud es un bien parcial todo lo importante que se quiera, pero subordinado al bien final, al bien total que es lo que constituye el sentido de la vida humana.

Por eso la medicina que realmente triunfa es la medicina que está varada en el comportamiento ético del médico y no la medicina tecnológicamente triunfalista y, sin embargo, paupérrima desde la perspectiva ética. Por otra parte, el éxito de la Medicina no puede convertirse en el fin ético del hombre. El auténtico éxito, el verdadero triunfo del ser humano, consiste en alcanzar el bien. De aquí que el verdadero triunfo de la Medicina, para que éste sea ético, consista en alcanzar el bien.

Por otra parte, el éxito que sólo depende de la tecnología y no de la libertad humana es inhumano. El éxito humano, para que sea tal, debe satisfacer elementos constitutivos de la naturaleza del hombre, como es el caso de la libertad. Por eso, con toda razón afirma Polo que «la Ética depende de la libertad; una persona realiza el bien ético si quiere, y si no quiere, no. Nadie es ético necesariamente; eso es na contradicción. Por eso lo ético es imposible, en la historia, al margen de las alternativas. Sin la intervención de alternativas el hombre no realizaría lo ético, en tanto que lo ético es real en él. A la vez, si no realiza en él lo ético, la acción práctica humana en sociedad carece de sentido» (pág. 104).

¿Para qué serviría un triunfo médico, desde la perspectiva tecnológica, si constituye un aparatoso fracaso ético? ¿Puede reducirse el ser natural del hombre a la mera condición del éxito tecnológico? ¿Pueden confundirse fin del hombre y éxito tecnológico? ¿No es acaso una contradicción, un despropósito, una vejación de la naturaleza humana reducir el ser del hombre a la mera condición de hecho empírico? ¿Pueden los hechos empíricos, es decir la tecnología médica aplicada a la curación de las enfermedades, constituir el fin último del hombre?

Conviene reflexionar acerca de estas preguntas que de una u otra manera tan certeramente interpelan a los clínicos. En realidad, lo que de ellas se infiere es que no hay ética sin libertad. De la misma manera, tampoco hay actos terapéuticos exitosos, si no hay comportamiento ético. Dicho de otra forma: así como no hay ética sin libertad, tampoco hay actos clínicos acertados y humanamente exitosos si no satisfacen los criterios de la Ética. Por consiguiente, para que los actos terapéuticos sean exitosos deben también satisfacer la condición de la libertad humana, ante la que antes o después han de rendir cuentas.

Cuando esto no acontece, entonces la libertad del paciente va por un lado, la supuesta eticidad de esos actos por otro y los éxitos tecnológicos por un tercer camino; pero, entonces, se ha producido el desgarramiento y la fragmentación del comportamiento médico. Que la Ética no garantiza el éxito médico —entendido éste en su dimensión tecnológica— es un hecho cierto,

pero nadie debiera pensar que tal hipótesis es una afirmación pesimista o comporta un hecho pesimista. Por contra, como escribe Polo, «la tesis de que la Ética no garantiza el triunfo es una tesis optimista, porque si el triunfo estuviera asegurado, la Ética quedaría desconectada de la libertad, y entonces el hombre sería un ser empíricamente constreñido por la fuerza» (pág. 107).

Y en un caso así habría que preguntarse para qué le sirve al hombre el éxito si no puede ser libre, para qué quiere el hombre estar sano, para qué quiere el médico triunfar tecnológicamente si ni siquiera es libre respecto de ese triunfo. Por eso he de concluir que aunque la Ética no garantiza el éxito, cualquier otra victoria humana realizada a sus espaldas, cualquier acto médico que vaya contra el comportamiento ético tiene asegurado, en cambio, el fracaso del proyecto biográfico o de la particular acción humana así realizada.

Esto significa que la tecnología médica, por muy puntera que quiera ser, no puede buscar soluciones —y de hecho encontrarlas— que sean atentatorias contra la naturaleza humana. Una ciencia o una técnica que vaya contra la naturaleza del ser al que debiera ayudar a crecer no genera otro resultado que la ruina de la capacidad de perfección de ese ser.

En cierto modo, si todo comportamiento ético es obligado porque el hombre es un ser que está hecho para ser mejor, para siempre continuar perfeccionándose, todo comportamiento clínico que no contribuya a esa perfección del ser hombre es una acción perversa, una acción antiética por mucho que sea el brillo del prestigio del éxito que el clínico adquiera. Antes o después, por ir contra la naturaleza humana, esa acción médica acabará por manifestarse como antimédica, y así será reconocida.

Éste es precisamente uno de los retos que tiene planteados la Medicina moderna. El avance tecnológico, la división del trabajo y las numerosas y necesarias especialidades surgidas han hecho que la Medicina avance considerablemente en cada una de sus posibles direcciones. Pero en estos ámbitos de especialización hay una fuerte disonancia entre la búsqueda del éxito y la tecnología médica más audaz y sofisticada, por una parte y, simultáneamente, el olvido de la dignidad y del respeto que son debidos al hombre enfermo.

Esta frecuente disociación es la que causa el que el hombre aparezca desgarrado: el paciente, por el tratamiento que se le infringe, y el médico, por el mal uso o abuso que hace de su profesión.

La Ética se nos aparece como la ciencia al servicio de la integración y de la unificación de las partes que han sido desgarradas en el hombre moderno, un desgarramiento espiritual éste que produce cada vez más erosión y tiene más cabos sueltos, tantos que no alcanzan a aunarse y ser útiles para trenzar las relaciones que deben vincular al paciente con el médico.

Nos jugamos mucho con la Bioética: la esencia de la práctica médica y la misma posibilidad de la Medicina en cuanto tal. De aquí la necesidad de tratar de afianzar ese debilitado rearme oral y ético en que parcialmente se encuentra nuestra profesión.

Tan anético sería el comportamiento del clínico que, erróneamente replegado en su interioridad, se desentendiese por completo de los nuevos avances tecnológicos que acontecen en su especialidad como el de quienes persiguiendo a toda costa el triunfo tecnológico se adhirieran a cualquier técnica, por innovadora que sea, con tal de que fuera innovadora aunque no ética. Cada uno a su modo atentaría, aunque de modo diverso —pero atentaría—, contra la dignidad del enfermo.

Hay una tercera actitud: la representada por algunos médicos que intentan unir el abismo abierto entre la tecnología innovadora y el respeto al hombre y a la dignidad a su persona. A veces, ese puente trata de construirse gravitando sobre la inocuidad de la tecnología. En otras ocasiones, ese puente se tiende a favor de los resultados tecnológicos logrados, argumentando que gracias a esto se obtiene algún bien como la mejora de la cantidad o de la calidad de vida. Pero en no pocas ocasiones se olvida que es menester calcular mejor la resistencia de los pilares —de la Ética y de la técnica— antes de tratar de unir lo que aparece desunido. No establecer un cálculo riguroso de esas estructuras, además de imprudente, puede dar origen a algo ruinoso.

La Medicina y la Ética deben volver a unirse para vencer el vacío existente entre el avance tecnológico y el olvido de la consideración de lo que es la naturaleza humana. La Bioética, pues, se opone a esa futilidad y vacuidad inquietante y progresiva con que cada día resultan amenazados amplios sectores del ejercicio médico.

La Bioética se nos revela como una nueva ciencia que tiene vocación unitiva y holística, es decir, que trascendiendo las distinciones que hay entre lo estrictamente tecnológico, desde el punto de vista biomédico, y lo estrictamente ético, desde el punto de vista filosófico, vaya al encuentro para concitar esos sectores que jamás hubieran debido escindirse o desgarrarse en virtud del mal entendido progreso tecnológico.

En efecto, la Bioética como disciplina es una ciencia que ha sido relegada e incluso abolida de los *curricula vitarum* de los aprendices de Medicina. En el fondo, lo que aquí se pone de manifiesto con el olvido de estas fundamentales enseñanzas es el olvido de lo que es el hombre. Tal ausencia injustificada constituye apenas una manifestación de ese desgarramiento al que antes me refería. Nada de particular tiene que cuando se afronta el ejercicio clínico, dejando fuera de foco el comportamiento ético, se encuentre el vacío y la frustración, poco importa lo mucho que sea el progreso y el éxito tecnológico alcanzados.

No olvidemos que en el hondón de la intimidad de cada especialista sigue latiendo un deseo palpitante de buscar la verdad, que eso es lo que también hace el médico a través de su profesión. De poco sirve el éxito profesional alcanzado si más tarde se descubre que el afán de servir al prójimo —ideal médico irrenunciable— le ha sido hurtado, que esa ansia arrebatada de unidad en el ejercicio profesional ha sido frustrada. La Bioética se vertebra y emerge como la ciencia que puede disponer y crear en el médico una nueva actitud, la actitud de servir a la totalidad del ser humano desde la totalidad de conocimientos unificados e integrados de que hoy disponemos.

Ética y libertad

La Ética tiene sentido si el hombre puede aspirar a la perfección; pero sólo puede aspirar a la perfección el hombre si es libre; de donde se sigue que la Ética sólo tiene sentido si el hombre es libre. Si el hombre fuera libre, pero no fuese posible la Ética, la libertad sería absurda. Esto es lo que sucede cuando algunas personas consideran la libertad como una carga y renuncian a ella sin tratar de decidirse a elegir.

A muchas de estas personas lo que les asusta es la responsabilidad, pero se olvidan de que si no hubiera responsabilidad no habría libertad. Y sin libertad el hombre no podría crecer, mejorar, perfeccionarse, desarrollarse. Esto hace que consideremos al hombre como un ser permanentemente abierto e inacabado, como un ser todavía no realizado del todo y, por consiguiente, como alguien a quien, por naturaleza, cabe ser perfeccionado. Pero para encontrar esa perfección, para conquistarla hay que tomar decisiones. Y aquí reposa, precisamente, el núcleo de lo que es la Ética: en lo que concierne al asunto de tomar decisiones, de hacer valoraciones, de juzgar. En definitiva, a la Bioética compete —y de eso debe entender— la toma de decisiones.

En cualquier actividad humana en la que haya que decidir y decidirse, la Ética estará por medio y no podrá volatilizarse ni dejarse en la cuneta, ya que siempre que una persona decide un acto se autodecide en este acto. En el caso particular de la decisión médica sucede algo parecido: la decisión afecta aquí directamente al paciente, íntimamente al propio médico e indirectamente a la entera sociedad, en mayor o menor grado. Éste es el espacio creado por la libertad sobre el cual reobran las consecuencias que brotan de su ejercicio.

Por otra parte, la toma de decisiones implica considerar y reconsiderar los motivos que hay para hacer aquello de esa determinada forma. Aquí hay que considerar no sólo los fines que se persiguen con esa decisión —lo que en cierto modo la justifica—, sino también las consecuencias que puedan resultar una vez que tal decisión se ha tomado.

La misma motivación en esa toma de decisiones manifiesta que la libertad está aquí implicada, porque decidirse consiste en optar, determinarse por uno o algunos de los motivos diferentes que, simultáneamente, se nos aparecen. Decidirse implica elegir unos y rechazar otros de estos motivos que simultánea o sucesivamente se nos presentan, o tal vez tomar la determinación de no aceptar ninguno de ellos.

Lo mismo acontece si estudiamos la decisión desde la perspectiva de las *consecuencias*. Si nuestro comportamiento genera consecuencias imputables es porque nuestra decisión ha sido libre; si no lo fuera, dichas consecuencias serían necesarias, pero entonces no podrían ser modificadas mediante nuestras decisiones. Y, en consecuencia con ello,

tampoco serían atribuibles e imputables a la persona que las tomó. La Ética —lo estamos observando continuamente— exige la condición previa de la libertad. Si el hombre no fuera libre no sería responsable de sus actos, y un hombre que no es responsable de sus actos no puede ser una persona capaz de comportamiento ético.

Por contra, si el hombre es libre, él responde de sus actos. Es precisamente esa responsabilidad la que puede incrementar su libertad y con la libertad, la profundidad de la convicción de autoría, de ser el autor de aquello, es decir, la certeza de la atribución de que las consecuencias y las causas de esos actos afectan y reposan sobre el sujeto que tomó esa decisión. la Ética no se puede imponer por decreto: la Ética exige la libertad. Sin libertad no puede haber virtud y sin virtud el hombre no puede autodeterminarse y mejorar, del mismo modo que sin libertad tampoco podría autodeterminarse a hacer el mal.

He aquí la paradoja entre Ética y libertad: la libertad hace posible el comportamiento ético; la Ética sin libertad no es posible. Pero, a su vez, el comportamiento ético hace al hombre más valioso en tanto que a su través y gracias a ella incrementa su libertad. La libertad, pues, posibilita lo ético y lo ético incrementa el valor y aumenta la densidad y la calidad de la libertad. Cuanto más ético es un comportamiento, más libre es la persona que así se comporta.

Por supuesto, que la libertad constituye un riesgo, ya que la persona puede equivocarse al elegir y su conducta devenir en un comportamiento anético. Ésta es la grandeza y la miseria de la libertad humana. Pero no se olvide que sin libertad ni siquiera habría posibilidad de progreso; sin libertad no habría tal comportamiento humano. Porque el hombre es libre, en cierto modo, la Ética viene a salvaguardar, restituir y objetivar la veracidad y el sentido del comportamiento humano y a través de él la dignidad de la persona.

Lo que importa de la libertad respecto de la Ética no es sólo el hecho de que si no hay libertad el hombre no puede elegir esto o aquello, sino el hecho más profundo que subyace a esas elecciones empíricas. Si el hombre no fuera libre para elegir esto o aquello, cierto que no sería responsable de elegirlo. Pero importa todavía más que si el hombre hace esto o aquello lo que el hombre hace al optar por esto o aquello es decidirse a sí mismo.

La libertad no se agota en las meras elecciones de cosas externas. Siempre que elegimos, la libertad genera consecuencias *ad extra* y consecuencias *ad intra*. Entre las primeras está precisamente eso que elegimos, la modificación y la transformación de nuestro entorno, de nuestro ámbito concreto. Si yo elijo andar, en vez de montar a caballo, estoy generando multitud de consecuencias externas (*ad extra*), como erosionar el suelo y desgastar la suela de los zapatos, consumir energías, mejorar determinadas habilidades musculares, etc. Pero lo que fundamentalmente importa no son las consecuencias hacia fuera derivadas de esa acción, sino las consecuencias que se derivan hacia dentro (*ad intra*), como robustecer un determinado hábito de comportamiento, adquirir un determinado estilo de andar, estimular una cierta afición, etc. Si analizamos estas últimas consecuencias observaremos en qué medida nuestras decisiones acaban por afectarnos personalmente, en la medida que con ellas a nosotros mismos nos decidimos. Ahora ya importa menos en qué manera cambiamos nuestro entorno al tomar esa decisión. Ahora lo que importa es saber en qué medida el cambio producido, la decisión que hemos tomado reobra en nosotros, nos transforma y nos cambia. Este cambio en nosotros hace patente la existencia de la libertad y el hecho de que gracias a la libertad el hombre puede ser dueño de su propio destino.

La libertad no es sino el saberse arrojado uno en sus propias manos, la autoposesión de sí mismo en el origen. Siempre que decido algo, en el fondo me decido en ese algo que yo decido. Esto significa también que al realizar las operaciones libres que elegimos, nos realizamos nosotros mismos en ellas. Hay, pues, un reobrar de las operaciones libres sobre las personas que las obran y sobre quienes las eligen.

En consecuencia con ello, cuando elegimos nos realizamos o nos frustramos, porque más allá de cada elección hay siempre una alternativa trascendente que reobra en quien de esta forma elige y se comporta. Al fin y al cabo los diversos modos que tiene el hombre de realizarse dependen de la suma de elecciones parciales que va realizando a lo largo de su vida. Lógicamente, esas elecciones no nos son indiferentes, porque también a través de ellas —a través de la formación, de la generación de hábitos de comportamiento que, de alguna manera, constituyen en nosotros esa mayor facilidad para seguir obrando de la misma forma— vamos condicionando e hipotecando nuestra libertad futura.

Ética, verdad y autorrealización personal

La autorrealización personal bien entendida es algo que concierne a la Ética, porque inevitablemente también concierne a la verdad del hombre. Como escribe Ruiz Retegui (1987), «la experiencia ética, en el fondo, es la experiencia en la que la persona advierte que la verdad sobre sí misma le interpela de modo absoluto. El hombre se experimenta a sí mismo como tarea a realizar. Ésta es la tarea fundamental de la propia vida y no es comparable con la realización de cualquier otro objetivo.

Lo que aquí se decide no es la realización de las propias posibilidades en ámbitos sectoriales: no se está ventilando la realización como deportista o como músico o como científico, sino el propio cumplimiento personal. La frecuente expresión «tengo que realizarme», aunque de un modo confuso y no articulado con precisión en la persona que lo pronuncia, es también una manifestación, al nivel de la conciencia psicológica, del imperativo ético radical. Ciertamente, ese modo de expresarse incluye muchas veces una confusión entre la realización de la persona y las realizaciones de las posibilidades sectoriales. Pero la fuerza con que esa exigencia se experimenta muestra que no es una exigencia accidental, sino una exigencia de lo más nuclear y propio de la persona» (p. 20).

Desde esta perspectiva, la *autorrealización* personal no es sino el resultado final al que el curso de nuestras acciones llega, función de que a través de esas acciones se realicen o no en el hombre los valores que éste eligió. Si hemos realizado esos valores en nosotros, los mismos valores encarnados, cristalizados, corporeizados nos avaloran y aumentan nuestro valer.

Si, por el contrario, nuestras acciones disminuyen los valores iniciales con que llegamos a este mundo o se oponen a los valores que ya habíamos conquistado en etapas anteriores de la vida o no llegamos a alcanzar los valores que nos habíamos propuesto realizar en nosotros, entonces muy difícilmente podremos afirmar que nos hemos realizado. La consecuencia de la mayoría de esas acciones será la frustración, ya que hemos desrealizado o amenguado los valores que nos valoraban en la misma medida en que se realizaban en nosotros.

La radicalización de esta pelea podría conducirnos a afirmar que aquí no hay término medio: o nos realizamos, y ésa es nuestra verdad, o nos frustramos, y ése es nuestro engaño. Y quede constancia de que cuando hablamos de la autorrealización personal —a través de la encarnación de valores en uno mismo— nos estamos refiriendo a la felicidad y al bien. Eso que precisamente aparece en nuestro horizonte existencial como un valor, es exactamente lo que realiza y satisface el deso de felicidad que hay en cada uno de nosotros.

Lo que la libertad pone de manifiesto es que, no estando nuestra voluntad determinada hacia nada, como consecuencia del valor conquistado por la acción acometida, el hombre, sin embargo, puede realizarse como persona realizando en sí los valores a los que quería dar alcance. En esto consiste la felicidad. Por eso, en definitiva, sólo el que consigue ser feliz a sí mismo se realiza.

Sin embargo, de acuerdo con esto, es posible que muchos no lleguen a autorrealizarse, dada la capacidad de automanipulación que el hombre tiene. Es muy difícil, no obstante, que el hombre pueda automanipularse a sí mismo hasta autoengañarse completamente, porque en el fondo de cada persona hay siempre una conciencia, un modo de percatarse, de hacerse cargo; en definitiva, de ser consciente de si aquello que estamos realizando realmente nos realiza o nos frustra.

Por la conciencia el hombre advierte si aquella adquisición coincide con lo que para él era su meta última, su felicidad o si, por el contrario, lo que está realizando le separa más del fin, le hace más indigno y frustra su condición de persona.

De aquí que, con frecuencia, cuando hay frustración psicológica por un mal uso de la libertad, muy probablemente se advierta la condena en nuestro propio interior y el percatarnos del sin sentido de la acción que hemos cometido.

Ruiz Retegui (1987) sintetiza muy bien la doble relación existente entre la libertad y necesidad en la conducta ética del hombre: «Si negamos el aspecto de la libertad y afirmamos un determinismo absoluto en la conducta —escribe—, estamos negándonos como personas. Si negamos el aspecto de la necesidad, es decir, si negamos la trascendencia de nuestra decisión, estamos haciendo la libertad trivial.

La libertad humana, si no es trivial, necesita una norma, un criterio, en virtud del cual el ejercicio

de la libertad puede ser acertado o errado. Ese criterio sólo puede ser la verdad del hombre, que es aquello sobre lo que en el fondo se decide. Si se niega esta referencia, la libertad se hace irrelevante, porque no decide sobre nada verdaderamente importante. Si no es diferente ser egoísta o generoso, entonces decidirse por un modo de ser u otro, no es nada sobre lo que valga la pena pararse a pensar. Pero esto está en contra de nuestras experiencias humanas más fundamentales» (pág. 10).

De otro lado, si todo da igual y todo vale es que nada vale, porque caeríamos en el imposible del indiferentismo radical. Si todo nos da igual, o estamos enfermos o es que no hay valores que se contradistingan y, por consiguiente, nada vale más que nada. Tal situación implica la caída automática en el indiferentismo.

Si nada vale, entonces no podemos observar lo que diferencia a unos valores de otros, y, por consiguiente, nuestra voluntad no puede determinarse a elegir, porque sólo se percibe un mundo indiferente, poblado de cosas indiferentes, en el que el mismo hombre resulta indiferente. Si esa indiferencia —como disvalor que es para el hombre— no hiciese diferente al hombre, en alguna forma, éste no podría salir de la indiferencia.

Pero sabemos que cuando nos sumergimos en un mundo como el que se ha dibujado, en que hay la carencia o negación absoluta de todo valor, entonces se genera en nosotros el sentido de indiferencia. Esa experiencia es tan lamentablemente tediosa que se experimenta como un valor negativo que empuja, que motiva negativamente, que nos zarandea, que pone a vibrar nuestra conducta para escapar, para huir, para evitar tal situación.

Esto quiere decir que los valores motivan nuestro comportamiento y que, por consiguiente, nuestra conducta es motivada, pero también es libre. Esto significa que es libre, pero que tiene necesidad de conducirnos a la felicidad. He aquí una verdad insoslayable que no puede bajo ningún aspecto eludirse: que el hombre busca la felicidad, a pesar de ser libre o precisamente por serlo. Y que en la medida en que la alcanza, en esa misma medida se experimenta a sí mismo como realizado.

Ética y sufrimiento

Muchas son las relaciones que pueden establecerse entre la Ética y el sufrimiento. No podía ser de otro modo, puesto que el sufrimiento es la sustancia sobre la que incide el comportamiento ético, simultáneamente que la instancia desde la que se interpela a la misma Ética. Por todo esto, el sufrimiento se nos aparece como la vía regia, el camino fundamental por el cual el hombre hace cuestión de sí y se pregunta acerca del sentido de su vida.

Casi siempre que el hombre sufre, además de preguntarse por qué él y no otros, inmediatamente después se cuestiona acerca de para qué está en este mundo, para qué sirve vivir, para qué levantarse cada mañana, qué sentido puede tener el sufrimiento que él padece.

Es natural que el dolor se comporte como ese referente explícito que traduce la inquietud natural en la búsqueda de sentido del hombre doliente y acaso de los cambios de valores que en él acontezcan como *homo patiens*. Con harta frecuencia, a la aparición del sufrimiento sigue una profunda modificación de la persona, trastocándose los valores o su jerarquía. En parte es lógico que el hombre se comporte así, puesto que una vez que se ha hecho presente la enfermedad, el estado de salud en el que hasta entonces apenas se había reparado, pasa ahora a ser especialmente estimado como uno de los de valores más importantes. Por contra, otros valores que tal vez ocupaban las posiciones más adelantadas en esa jerarquía se desplazan ahora a posiciones intermedias o últimas.

Como resultado de estos cambios y por mor del sufrimiento, el hombre doliente se adentra en una crisis veritativa que le encamina a buscar la verdad de su vida. Como puede observarse, no en todas las circunstancias el dolor sirve para la autodestrucción de quien lo padece.

De otra parte, no resulta tan extraña la presencia del dolor y del sufrimiento en la vida del hombre, pues, aunque siempre sea expresión de una alteración patológica, no obstante, nadie dudará de su naturalidad. Es que acaso ¿podría el hombre ser como es si no tuviera experiencia del sufrimiento? ¿Hubo alguna vez un hombre que jamás sufriera?[6].

Pero del hecho de que no haya habido un hombre que no haya sufrido alguna vez en su vida ni se infiere ni se deriva que el hombre tenga la penosa

[6] Un estudio sugerente del dolor en función del fin último del hombre y de la vida presente se puede encontrar en LEWIS, C. S., *El problema del dolor*, Madrid, Rialp, 1994.

obligación de sufrir. Más aún, sabemos que siempre que aparece el sufrimiento debemos tratar de evitarlo. En cierta medida, en eso consiste el ejercicio de la Medicina: en aliviar el dolor humano.

El sufrimiento se nos hace patente como un hecho que nos interpela como consecuencia del halo de misterio y paradojas en que se presenta. En efecto, no estando obligados a sufrir, sin embargo, el sufrimiento emerge en toda existencia humana; siendo algo lacerante —y, en ocasiones, insufrible—, no obstante, constituye a la vez la vía regia para la metamorfosis, para la transformación veritativa del hombre. ¿Tiene algo de particular que la dimensión ética del comportamiento humano hinque sus raíces en este tozudo hecho? ¿Puede construirse una ética de espaldas a la experiencia dolorosa?

En cierto modo, la prueba que verifica, refuta o falsea el aspecto veritativo de todo comportamiento ético es ésta, precisamente, del sufrimiento. Si una ética asume y explica —aunque sea parcialmente— la experiencia del sufrimiento es que está bien construida; en caso contrario, es falsa. Por eso es un contrasentido que algunos pseudomoralistas hayan visto en el dolor humano solamente un remedio ascético, apenas un instrumento más para que el hombre se supere a sí mismo. No; esto sería minimizar el valor del dolor. Los moralistas no pueden reducir la enriquecedora y proteica experiencia del dolor del hombre o sólo un remedio ascético más. El dolor es más que la mera ascética a la que trasciende; el dolor es también mística. El dolor no es un medio al servicio de la ascética o de la mística. El dolor es, simplemente, algo natural que en tanto que asumido conduce al hombre al propio autoconocimiento perfectivo.

En cierto modo, es mucho el daño que se ha hecho con esas éticas fragmentarias, sectoriales y parciales que descomponen al hombre, por una parte, en lo intelectual y volitivo, y, de otra, en lo tendencial, afectivo, instintivo, etc. No, la Ética para ser tal tiene que asumir y tratar de salvar al hombre completo, sin que realice esa abstracción selectiva que divide al hombre entre lo cognitivo (llámese también principio de la ley, lo normativo, la moral de deber) y lo apetitivo (lo tendencial, afectivo y disposicional). La Ética debe abarcar por completo lo uno y lo otro, porque como tal ciencia está obligada a ser ella misma unitaria. Si la Ética no fuera unitaria, si resquebrajara su unidad, se convertiría de inmediato en una ciencia sectorial. La ética así resultante sería apenas una máscara, más eficaz y pronta para encubrir la ya rota unidad humana que para conservarla en esa unidad.

Por otra parte, tal división no puede ser sino engañosa, porque hasta los instintos en el hombre están penetrados de inteligencia y, contrariamente a lo postulado, también la inteligencia humana depende, en cierto modo, de nuestro organismo. No hay que extrañarse, por eso, de que incluso el derecho, como dice Tomás de Aquino, llame *instinctus rationis* al amor de amistad. Según esto, la amistad consiste en un *instinctus*, en un instinto, es decir, en algo tendencial, pero que en tanto que *rationis*, es decir, en tanto que está entreverado de racionalidad, participa de la naturaleza intelectual y cognoscitiva propia del hombre.

El hecho de la muerte está en la misma línea que el sufrimiento y es otra manifestación que puede servir de prueba de veracidad de cualquier ética posible. De hecho, nuestros actos tienen sentido si éstos permanecen incluso en presencia de la muerte. Por eso, un modo de penetrar en una existencia más auténtica es aquel que contempla todas sus acciones como si se hubieran obrado en presencia de la muerte. Y es que el sentido de la vida remite al sentido de la muerte (Polaino-Lorente, 1985). En realidad, el hombre debiera vivir siempre en presencia de la muerte, porque siendo por antonomasia el hecho real de nuestras vidas, no sabemos ni cuándo, ni cómo, ni de qué manera sucederá, permaneciendo siempre como al acecho en torno nuestro. En cierto modo, su presencia es más próxima al hombre que su ausencia. Cuando la vida se vive de espaldas a la muerte —en ausencia y huida de ella—, cuando todas nuestras acciones y proyectos se conciben como si nunca fuéramos a morir, tenemos muchas posibilidades de adentrarnos en una existencia inauténtica. Realizar una vida en continua presencia de la muerte ayuda mucho a que nuestro comportamiento sea auténtico y verdadero, es decir, ético. Por estar la Ética fundamentada en la virtud, forzoso es que interpele y sea interpelada por el hecho de la muerte y del dolor del hombre, de los que también recibe una cierta fundamentación.

Muchas de las justificaciones que quieren respaldar la eutanasia surgen como consecuencia de no tener presente la muerte como un hecho inevitable. Y si a ello se une una ética fundada en la

sensibilidad empírica, en el sentimiento, no se entiende que éste sea el criterio por el que pueda optarse para resolver el problema. Ésta es la actitud tomada por una de las editoriales de *The Lancet*[7]. El llamado derecho a morir, si se funda sólo en el criterio de evitar el sufrimiento terminal, unido a un sentido de la justicia y del deber de no hacer daño, deja entonces al menos un problema sin resolver: ¿Cómo se evitaría la presión sobre el paciente para que realmente se decida por la eutanasia? Como se notará, si no se parte de principios más allá de los meramente empíricos, no se superará una cadena indeseable de problemas derivados, sin solución, que manifiestan la debilidad de ese modo de proceder.

Ética, virtud y amor

Contra las éticas basadas sólo en la norma, la ley, la obligatoriedad y el deber, hay que alzar las éticas basadas en la virtud, la primacía del amor y la felicidad. Un hecho patente manifiesta y, hasta cierto punto, da cuenta de cuál debe ser el horizonte fundante del comportamiento ético: el amor. Así, mientras resulta muy difícil —casi imposible en la práctica— amar por obligación, es bastante asequible y fácil obligarse por amor.

No parece sino que la espontaneidad natural del amor humano sea incompatible con el amor por obligación. Pero ¿quién podrá obligar al hombre a amar si él no quiere? ¿Es que acaso podemos hablar de amor cuando éste ha sido impuesto? ¿No es tal vez la libertad la nota inequívoca y necesaria que caracteriza a la experiencia amorosa?

Nada de particular tiene por eso que obedecer por amor sea siempre algo mucho más fácil. La ética basada en el deber ha cometido alguna equivocación y varios errores. La equivocación principal se refería a una cierta identificación; los errores, en cambio, eran relativos a las atribuciones. Al identificar la moral con la obligación, quedaban totalmente desconectados la norma y la felicidad. Por otro lado, al atribuir a la moral los deberes preceptuados en el código, más tarde se acababa por atribuir a la ascética la esforzada labor de progresar en la adquisición de aquellas virtudes con cuya ayuda se aseguraba el cumplimiento de los exigidos y penosos deberes.

¿Cómo podrá el hombre ser feliz si no ama? Pero, por otro lado, ¿cómo se puede obligar a un hombre a amar, a ser feliz? ¿Quién se atreverá a atribuirse la autoridad necesaria para hacerlo? ¿Es eso posible? ¿Puede obligársele a amar porque no ama?

Ciertamente, es el amor el que hace feliz al hombre, tal y como en frase feliz aconsejó Agustín de Hipona: «ama y haz lo que quieras». Pero alguno no parece que se haya todavía enterado. La moral de los legalismos tradujo la afirmación de San Agustín en otros términos: «Obedece, esfuérzate por cumplir con las exigencias del deber, aunque no las ames ni las comprendas, y te sentirás tranquilo».

Según esto, sería estúpido que un médico se esforzara por cumplir con un código deontológico determinado cuando no cree en él, cuando no lo comprende y, sobre todo, cuando no lo quiere. Por contra, es muy fácil que un médico se esfuerce en el cumplimiento de su deber cuando es el amor de amistad el que le lleva a entregarse a sus enfermos.

«Cuando se tiene un porqué para vivir —decía Kant—, se tolera cualquier cómo». El porqué vivir, el sentido de la vida, es justamente la felicidad, el amor. Todos tenemos experiencia de que cuando se tiene un amor por el cual vivir, se sufre, se tolera cualquier cómo. Esto acontece también en el ámbito del ejercicio profesional del médico. Cuando el médico dispone de una razón por la que vivir en plenitud su profesión, se entrega radicalmente al enfermo, independientemente de que la ausencia de tal comportamiento esté sancionada o no por determinado código deontológico. Cuando se dan esas circunstancias, se llega en ese entregamiento hasta el exceso, y eso por propia voluntad.

Pero entiéndase bien que aquí amor es sinónimo de sacrificio, de renuncia, hasta el punto de que si no hay ese sacrificio y esa donación no puede hablarse propiamente de amor verdadero.

En la actualidad hemos caído, quizás por eso, en una doble confusión: la de confundir el amor con el deseo y el amor con el placer. Nada de particular tiene que las personas apenas eligen la felicidad y sí, en cambio, la pequeña y provisional satisfacción que produce el placer. Pero, precisamente por eso, a muchos de esos deseos y placeres lo que les conviene no es lo significado

[7] «Assisted death» (Editorial), en *The Lancet*, 336, 8715, 1990, pp. 610 y ss.

por el «amor de persona», sino lo que realmente constituye el «amor de cosa».

En estas situaciones no puede acontecer el amor, porque el médico limita sus relaciones con el enfermo a meras operaciones inmanentes consigo mismo, sin que se proponga ni alcance a su través nada autotrascendente. Es decir, en estas relaciones el médico no sale de sí hacia el otro y, por consiguiente, no puede ser feliz, porque para ello, como ha escrito Frankl, la puerta de la felicidad hay que abrirla siempre hacia fuera, y no hacia dentro.

En este punto, la cultura de la sospecha en que nos encontramos se asombra y se muestra desconfiada respecto de lo que es el amor humano. Abandonada la ética de la virtud, es lógico que no se atine, que no se acierte a encontrar el camino de la felicidad. En consecuencia con ello, en la consideración del amor sólo se percibirán sus defectos, es decir, aquellos rasgos como el individualismo, la erotización y el egotismo que por sólo ser útiles al placer y presentarse como absolutizados niegan la condición de la posibilidad misma del amor. Mientras tanto, la bondad entrañada en querer el bien del otro, que eso es el amar, queda completamente volatilizada y desaparecida. Esta disociación profunda entre la virtud, el amor y el comportamiento ético es lo que ha trastocado por completo la relación médico-paciente. En algunos sectores de nuestra actual cultura ha sido sustituido el amor por la violencia, la amistad por la agresividad y el afecto por el odio. Pero el hombre, hoy como ayer y también mañana, continuará siendo el mismo: un ser que necesita del prójimo, para quien los naturales lazos de la amistad continúan persistiendo. Precisamente porque es un sentimiento natural, la amistad permanece acunada y más activa que nunca en el hondón de la intimidad del hombre.

Acerca de la verdad, el amor y el sentido

La Ética exige la libertad y la libertad exige salir de sí, darse a los demás, tender hacia fuera, atender. Realmente somos más libres cuanto más atentos estamos. En cierto modo, ser atento no es sino estar fuera de sí, ocupar una cierta posición descentrada por la cual uno mismo deja de ser el centro de sí y para sí.

Decía Pascal con frase certera que «el yo es odioso». Y esto se cumple aquí de un modo muy especial. La Ética exige la presencia de la libertad pero de una libertad generosa, que sea activa, que desborde el egotismo, que trascienda al propio yo; una libertad que no sea reductiva en el sentido de que todo lo centre sobre el centro descentrado que uno es; una libertad que tenga una meta más allá de ella misma y que autotrascienda al hombre; una libertad, por último, que no se canjea ni se compromete o vincula únicamente con la búsqueda del propio interés, de sólo las cosas que son útiles para uno mismo. Se trata de una libertad que no sea otra forma del mero placer o de la mera exaltación del yo.

Pero el egotismo, paradójica y contrariamente a lo que pudiera parecer, no engrandece al hombre, sino que lo envilece. El egotismo se diferencia del amor natural hacia sí mismo. Ese amor espontáneo que cada hombre se tiene a sí mismo es ciertamente bueno porque en él se funda la amistad y la caridad, como ya observó Tomás de Aquino.

Esa última especie de amor podríamos denominarla aquí como autoafirmación y mejor como autorrespeto. Ese amor a sí mismo es la imagen natural, el modelo personal y el principio en el cual debiera inspirarse el amor al prójimo. El mandamiento divino exige «amar al prójimo como a sí mismo», y esto aunque pueda parecernos como algo no muy elegante por ser uno mismo el modelo a seguir en nuestras acciones para con el prójimo. Y sin embargo, tal precepto demuestra estar sólidamente fundado en la realidad. En efecto, si se recomendara «amarse a sí mismo como se ama al prójimo», es probable que aumentara el número de suicidios y, desde luego, el odio contra uno mismo. Por contra, la formulación realista de este precepto implica, al menos, las dos cosas siguientes: *a)* que es previo el amor a sí mismo que el amor al prójimo —al menos en la secuencia temporal natural en que tal acontecer sucede—, y *b)* que esa especial y connatural facilidad para amarse a uno mismo hay que extenderla —sin menguarla ni corregirla con complejos matices— al prójimo. Esto quiere decir que debe ser idéntica la radicalidad con que nos amamos a nosotros y a los demás.

Ahora bien, ese amor natural a sí mismo exige el autorrespeto. Y el autorrespeto implica pensar, concebir, aplaudir y gozar con el ser de cada uno, tal y como uno es, incluidos los propios defectos. Pero difícilmente se vivirá ese autorrespeto si no comienza en el origen, es decir, si

uno no respeta a quien le ha hecho y como le ha hecho: los padres. He aquí cómo el autorrespeto o el amor a sí conduce de inmediato e *in nuce* a respetar y amar a los padres. Sin esto, es muy difícil que llegue uno a aceptarse como es. El autorrespeto es la condición *sine qua non* de la autoaceptación.

Ese amor espontáneo que tiene uno a sí mismo es también autoafirmante. ¿Por qué? Porque, en la medida en que nos aceptamos como somos y autorrespetamos nuestro ser, en esa misma medida concedemos firmeza y robustez al ser que somos y, por tanto, nos alejamos de la inseguridad radical que acontece en cualquier persona que no se respete a sí misma.

Pero no todas las formas de autoafirmación son tan naturales y ventajosas para el ser humano. Hay otro modo de autoafirmación que suele engendrar conflictos y hasta patología. Es la autoafirmación que se obtiene a expensas de los vicios de los demás o la autoafirmación de sólo el yo que acontece siempre que hay espectadores, siempre que hay delante alguien ante quien representar un papel. Es ésta una autoafirmación egotista, en la que la propia excelencia yoica se construye con la bajeza, con la comparación y, muchas veces, con la injusta descalificación de las personas que nos rodean. Este modo de actuación implica renunciar al otro para hacerse uno fuerte en sí mismo.

Naturalmente, ese amor propio no construye sino que destruye, no exalta sino que humilla. Como tal, ese amor propio, lo que hace es someter al sujeto a la más pura tensión sin que exista ninguna pretensión. La pretensión implica la conciencia (la intencionalidad), la tensión, no; una tensión puede ser radicalmente inconsciente, un acto meramente reflejo. El amor natural a uno mismo —cuando se lleva a cabo en presencia de quien nos creó— eleva nuestras tensiones a pretensiones; hace de nuestras respuestas, propuestas; y eleva nuestra ciencia a la conciencia.

La otra afirmación, la afirmación ególatra, es la que tiene mucho que ver con el hacerse uno como Dios. Es la afirmación nada original que tanto tiene que ver con la voluntad de poder a lo Niezstche y con el egotismo viril descrito por Monterlant en *Piedad para las mujeres*.

Hay una exaltación de sí que conduce a la propia destrucción: aquella que, centrada en el propio yo, reivindica el poder total (cuando tal poder solamente conduce a la indigencia) y la exaltación de la libertad, erróneamente entendida como algo absoluto. Paradójicamente, cuando esto sucede, mientras más intenta disponer el hombre absolutamente de sí, menos se da cuenta de que está relativizando cada vez más su posición en el mundo.

«Pero el carácter absoluto de la verdad del hombre —escribe Ruiz Retegui, 1987— requiere un fundamento. La interpretación absoluta que en la experiencia ética experimenta el hombre respecto a su propia verdad remite para ser intelectualmente equilibrada a un fundamento de carácter absoluto. Podríamos decir que el hombre se experimenta a sí mismo como un absoluto —es decir como un ser no funcionalizable totalmente— necesitado de fundamentación, es decir, como un "absoluto-relativo" fundamentado en un "absoluto-absoluto". Sólo esta relación puede dar la explicación adecuada tanto de la existencia de la verdad del hombre cuanto de su carácter de bien absoluto que interpela absolutamente a la libertad humana en la experiencia ética.» En cierto modo, la voluntad de sentido no es sino algo que manifiesta y caracteriza la voluntad de verdad que hay en el hombre.

Por contra, el amor natural a sí mismo, lo que hace es relativizar nuestro propio relativismo, sabiendo que más allá de todo lo relativo está lo absoluto. En la medida que relativizamos nuestro propio relativismo se nos abre el infinito y la eternidad que todo hombre anhela alcanzar y que se nos manifiesta bajo temas como la búsqueda de la verdad, la conquista de la justicia, el hambre de certidumbre y de unidad o el deseo de felicidad.

El amor propio mal entendido es antiético o anético porque produce una exaltación del yo tendente al derrumbamiento que, a corto plazo, ya humilla. La autoglorificación por él producida resulta desnaturalizadora para el hombre.

Cuando el amor natural a sí mismo se transforma en principio ético que sirve a la configuración y moldeamiento del amor al prójimo, deviene, en sí mismo, prácticamente indistinguible de la felicidad y, por tanto, constituye una buena fundamentación para cualquier comportamiento ético.

De hecho, el sentido y el significado de la vida del que tanto se ha hecho cuestión por la moderna psicología y por las psicoterapias tradicionales, lo que viene a poner de manifiesto es

su coincidencia con la felicidad. En realidad, no parece que se pueda concebir un buen sentido para la vida que no sea el de ser feliz.

Sin embargo, no puede afirmarse que ese sentido pueda adquirirse directamente o mediante la reflexión. «La pregunta sobre el sentido —escribe Ruiz Retegui— no puede ser respondida con argumentos teóricos. Apunta más allá de lo que puede explicarse con palabras o discursos. Todos sabemos que una crisis de sentido no puede resolverse con palabras. En el fondo, el sentido de lo que hacemos y vivimos, lo que nos da la energía fundamental para la faena de vivir, sólo puede apoyarse en algo que tenga sentido por sí mismo, no en función de alguna otra cosa, es decir, en algo que tenga una sentido absoluto. Esto no puede ser ninguna creación humana. Si se dice que es el hombre con su libertad el que da sentido a todo su actuar, parece que el hombre es enaltecido. En realidad queda radicalmente deprimido, porque al ser todo sentido disponible es por eso mismo precario (...). Sólo el hecho de que exista una verdad sobre el hombre que sea a la vez fundamento y estímulo para su vida puede dotar a ésta de sentido. Entonces, y sólo entonces, lo que se realiza puede estar dotado de significado vital humano auténtico, porque está enraizado en algo que tiene un sentido absoluto. Sólo si la vida es camino de cumplimiento de esa verdad puede ser significativa, rica, apasionante, sin engaño»[8].

El sentido se desvela él mismo y emerge como una necesidad o experiencia que acontece en nosotros en connaturalidad con la reflexión sobre nuestros actos. Por la reflexión, nos hacemos cargo de que todos nuestros actos han sido configurados de una forma unitaria y coherente, que es lo que entendemos por sentido, por significado. Cuando nuestros actos son contradictorios o incoherentes y se hacen a nuestras expensas sin ninguna finalidad, fin o proyecto, entonces nos percatamos a su través de que aquello no tiene sentido, de que nuestra vida se desvirtúa y acuna en el vacío del absurdo. En esta perspectiva, la Ética viene a ser la ciencia coincidente con el amor y el sentido, y habrá que definirla, entonces, como la ciencia que enseña al hombre cuál es el sentido de su vida, es decir, el modo de ordenar sus acciones para que adquieran sentido y lleguen a su plenitud haciéndole feliz.

Bibliografía

ANSCOMBE, G. E.: *Modern Moral Philosophy*, 33, 1958, pp. 1-9.

ABELSON, R.; FRIQUEGNON, M. L.: «*Ethics for Modern Life*, Nueva York, St. Martin's Press, 1982, 2.ª ed.

ARISTÓTELES,: *Ética*, VI, cap. 2, 1139, 2-4-5.

BROCK, D. W.; WARTMAN, A.: «When competent patients make irrational choices» (Editorial), en *The New England Journal of Medicine*, 322, 22, 1990, pp. 1595 y ss.

Editorial: «Assisted death», en *The Lancet*, 336, 8715, 1990, pp. 610 y ss.

GARCÍA LÓPEZ, J.: *Tomás de Aquino, maestro del orden*, Madrid, Cincel, 1987.

HARDIN, R.: *Morality within the Limits of Reason*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

LEWIS, C. S.: *El problema del dolor*, Madrid, Rialp, 1994.

PINCKAERS, S.: *Las fuentes de la moral cristiana*, Pamplona, Eunsa, 1988.

POLAINO-LORENTE, A.: «De la dignidad del sentido de la vida al sentido de la dignidad de la muerte», en *Sillar*, V, 1985, pp. 301-315.

POLO, L.: *«¿Quién es el hombre? Un espíritu en el tiempo*, Madrid, Rialp, 1991.

RUIZ RETEGUI, A.: «La ciencia y la fundamentación de la ética», en VV.AA: *Deontología biológica*, Pamplona, Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, 1987, pp. 7-51.

TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae*, I-II, q. 6, a. 1.

WALLACE, J.: *Virtues and Vices*, Ithaca, Nueva York, Cornell University Press, 1978.

[8] RUIZ RETEGUI, A., «La ciencia y la fundamentación de la Ética», en VV.AA., *Deontología biológica*, Pamplona, Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, 1987, pp. 7-51.

7. EL PUNTO DE VISTA DE LAS HIPÓTESIS SECULARISTAS EN BIOÉTICA: UNA PRESENTACIÓN CRÍTICA

A. Pardo Caballos

Introducción

Entre las diversas corrientes que pueden distinguirse en la Bioética, hay una que podríamos denominar con el término de bioética secularista o secular. Su nota distintiva consiste en partir de un planteamiento secular, es decir, no religioso, de las cuestiones bioéticas. Sería algo así como el equivalente, en el terreno de la Bioética, a lo que, en Ética, se ha dado en llamar ética secular o civil.

Para poder comprender el porqué de la bioética secular, resulta imprescindible hacer una incursión previa en los planteamientos que le sirven de marco histórico e ideológico. Para ello examinaremos, en un primer apartado, los orígenes históricos del término bioética, junto con las implicaciones ideológicas que conlleva. En el apartado siguiente estudiaremos la evolución que experimentó el concepto inicial de bioética. En un tercer apartado estudiaremos las notas distintivas de las éticas secularistas, que al combinarse con los planteamientos bioéticos darán origen a la bioética secular. En ésta última examinaremos sus presupuestos fundamentales y los principios que propone para regular la vida humana.

Esta exposición no será neutral, sino crítica. En cada apartado iremos observando las dificultades que presentan los planteamientos bioéticos, tanto en sus orígenes como en las últimas consecuencias de la bioética secular. Un último apartado, en este enfoque crítico, nos permitirá examinar las causas del auge experimentado por la bioética no secular, es decir, por la Bioética, entendida ésta como ética aplicada a los problemas biomédicos y algunas otras reflexiones finales.

Los inicios

El término bioética es empleado por primera vez por Potter en su obra *Bioethics: Bridge to the future* (1971) y surge dentro de un contexto utilitarista (Solís, 1984). En esta obra se define la Bioética como la parte de la biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso correcto, una mejor calidad de vida.

La nueva disciplina que surgía con esta definición fue bien acogida por los médicos y los científicos que se ocupaban de los problemas biomédicos y, en general, por la mentalidad occidental moderna. La razón de tan benévola acogida residió en buena parte en la difusión alcanzada por el prejuicio cientifista (López Moratalla y cols., 1987). Cuando se mira la realidad a la luz de dicho prejuicio, es fácil afirmar que no existe más conocimiento verdadero que el que proporciona el método científico experimental.

Aunque, a nivel popular, dicho prejuicio no tiene formulaciones estrictas, suele ser comúnmente aceptado. Sin embargo, a nivel científico, no pueden permitirse prejuicios de este tipo, si no hay razones que los avalen. Estas razones suelen reducirse, por lo general a una, que podría expresarse como sigue: mientras que la Filosofía y la ética han estado durante siglos defendiendo teorías cambiantes, sin que ninguna hipótesis ética haya tenido más permanencia o solidez que las demás, en el ámbito del conocimiento científico el panorama es muy distinto. Los conocimientos científicos, aunque cambiantes, se modifican siguiendo una línea de claro progreso. Los conocimientos científicos nuevos vienen, no a sustituir sino a matizar y completar la escena de los conocimientos anteriores. En suma, la ciencia experimental muestra un progreso continuado y una relativa firmeza en los conocimientos adquiridos, cosa que no acontece en ninguna filosofía.

Apoyándose en esta evidencia del progreso científico y de las disputas filosóficas, la mentalidad moderna tiende a aceptar lo conocido por la ciencia experimental, sin apenas una apreciación crítica, a pesar de lo deseable que sería en tantas ocasiones. Una vez aceptado este principio de supremacía de la ciencia sobre otros modos de conocimiento, parece razonable que se empleen esos firmes conocimientos, que la ciencia proporciona, en función de la utilidad del hombre. Y esto es lo que pretende, en último término, la bioética de Potter.

Sin embargo, también esta función ha de realizarse siguiendo un planteamiento que sea «científico». A lo que parece, el procedimiento que mejor consigue emplear con rigor estos conocimientos científicos es el utilitarismo (MacIntyre, 1987). Esta doctrina ética procede de J. Bentham. Su formulación clásica es asequible y atrayente: debe buscarse el mayor bien para el mayor número de personas. La razón de su atractivo para la mentalidad moderna reside en que, como el resto de la ciencia experimental, puede aplicarse de modo riguroso, pues admite la cuantificación y la medida exacta de los bienes o perjuicios que se producen.

El Estado moderno ha encontrado en el utilitarismo una doctrina ética capaz de permitirle organizar, de modo «científico», el tejido social. Por primera vez en la historia, gracias a la distribución de recursos que realiza el Estado moderno, por medio de los sistemas de seguridad social, el ciudadano tiene garantizados casi todos los bienes necesarios y buena parte de los superfluos: la aportación del moderno Estado providencia.

No cabe duda de que este modo de organizar la sociedad ha producido sus ventajas. La mayor de ellas quizá sea la de haber permitido liberar al hombre —en gran parte, con ayuda de la técnica— de muchas de las actividades que eran necesarias para la vida. Antes de la llegada de la tecnología moderna, las actividades inmediatamente necesarias para la supervivencia consumían la mayor parte de las horas de trabajo de los hombres. En la actualidad, el hecho de que el hombre se halle liberado de dichas actividades posibilita el desarrollo de un potencial humano que, de otro modo, se vería abocado a realizar solamente esas tareas inmediatamente necesarias para la vida (Arendt, 1974).

Su principal inconveniente reside, sin embargo, en la mentalidad consumista que el utilitarismo ha logrado producir en Occidente. La mentalidad utilitaria extrapola la liberación operada respecto a buena parte de las actividades inmediatamente necesarias para la vida a otros muchos ámbitos de la actividad humana. Así, del mismo modo que se produjo la liberación y la satisfacción de muchas necesidades humanas, la mentalidad consumista interpreta que tal liberación y satisfacción se ha de dar en todos los demás ámbitos. De este modo, y al filo de esta extrapolación, el hombre contemporáneo pasa a considerar como necesarios bienes que son en realidad superfluos y de lujo: es la sociedad opulenta.

Simultáneamente que esta extrapolación se aplicaba de modo utilitarista a las ciencias de la salud, emergía el concepto de calidad de vida: un conjunto de medidas cuantificables, capaces de medir el grado de bienestar de los enfermos. La calidad de vida es, para la mentalidad moderna, un bien de consumo más, que la tecnología se encarga de facilitar al hombre. Y la calidad de vida —no se olvide— es un objetivo básico, el primero en la historia de la Bioética, según la acepción que le da Potter.

Este planteamiento utilitarista de la Bioética tiene, sin embargo, dos serios inconvenientes.

El primer inconveniente consiste en que es erróneo el prejuicio cientifista en que se basa. Aunque según las apariencias se afirme que la ciencia es el único modo de conocimiento fiable, si se mira la realidad con serenidad, aparece como algo muy distinto. El hecho de que existen opiniones éticas contrapuestas es, obviamente, indudable. Pero lo erróneo es deducir de la multiplicidad de opiniones existentes que ninguna de ellas tiene razón, enajenando toda credibilidad en la Filosofía y en la Ética (Spaemann, 1987).

En caso de que existan opiniones contrapuestas, lo correcto consistiría en intentar averiguar qué opinión es verdadera y cuál es falsa, y no en descalificar a todas sumariamente.

Podría argumentarse, incluso, que la multiplicidad de opiniones en Ética y Filosofía es manifestación de que existe un punto de referencia fijo y estable, alrededor del cual especulamos. El utilitarismo cientifista, sin embargo, niega que exista dicho punto de referencia en relación con el razonamiento filosófico.

El segundo inconveniente reside en la misma limitación intrínseca del planteamiento utilitarista. En efecto, la búsqueda del mayor bien para el mayor número limita la idea de bien a un tipo de bienes muy concretos: los bienes mensurables y capaces de ser distribuidos. Dichos bienes, claro está, son solamente materiales.

La pretensión del mayor bien para el mayor número se convierte así en el mayor placer para el mayor número, pues la única bondad material cuantificable reside en poder causar placer: el utilitarismo es, según esto, necesariamente hedonista (MacIntyre, 1987).

Y del hedonismo se pasa al subjetivismo. En efecto, cada cual prefiere un placer en particular respecto de otros, y tal preferencia no tiene por qué ser generalizable a todos los hombres. Lo bueno —que aquí equivaldría a lo agradable—, sería, por tanto, algo que cada individuo decidiría por sí mismo (López Moratalla y cols., 1987). Pretender decir a otra persona qué es lo realmente agradable y bueno, a partir de estos presupuestos, no tendría sentido.

A pesar de estas debilidades intrínsecas, el planteamiento utilitarista de la Bioética es algo que ha arraigado, de forma que las valoraciones utilitaristas son un lugar común en las obras de consulta. Dentro de la corriente secular también se encuentran planteamientos utilitaristas, de raíz cientifista, que serían inexplicables sin acudir al origen histórico de la Bioética.

El desarrollo

La perspectiva utilitarista de la Bioética tuvo un lógico desarrollo con la aparición de la sociobiología y otras nuevas corrientes en Bioética (Solís, 1984). En este desarrollo se integran los planteamientos cientifistas-utilitaristas (que acabamos de ver en el apartado anterior), con una visión unitaria del hombre. Los iniciadores, por citar sólo a algunos destacados, de esta nueva corriente, son Wilson, con su obra *Sociobiology: The New Synthesis* (1975) y Dawkins con su obra *The Selfish Gene* (1976).

Estos autores, se plantean el estudio integral del hombre desde el punto de vista científico, pero aceptan la supremacía de la ciencia a la hora del conocimiento riguroso de la realidad. La Bioética, según ellos, sería la disciplina que estudia la conducta humana desde un punto de vista científico.

Estas obras de Bioética tienen el mérito de englobar la conducta humana entre los fenómenos que han de estudiarse por medio de la ciencia (López Moratalla y cols., 1987). Antes de ellas, el comportamiento humano era un elemento extraño en los tratados que estudiaban al hombre. Mientras que todos los otros fenómenos humanos han sido perfectamente estudiados y analizados desde el punto de vista científico, o al menos así lo parecía, el estudio de la conducta aparecía ante los expertos de la Bioética como un elemento extraño.

Esta aportación es debida a la psicología que admite como objeto de su trabajo no sólo los datos empíricos, sino también los hechos de la conciencia no directamente objetivables. Por esta causa, las nuevas corrientes de la Bioética consideran que la psicología participa de la aparente indefinición que caracteriza a la Filosofía y la Ética. La psicología, que parece ser un cuerpo extraño en el ámbito de la ciencia, tiene que ser reducida, según estos autores, a meros conocimientos científicos, es decir, a sólo los obtenidos a partir de los fenómenos empíricos.

El modo en que la Bioética llevó a cabo esta reducción del estudio de la conducta a sólo el nivel de lo «científico» supuso varias transformaciones con respecto al modo clásico de concebir al hombre. Aunque los diversos autores discrepen en cuestiones de detalle, podrían enunciarse tres transformaciones básicas, en las que todos coinciden.

La *primera* transformación consistió en reducir la naturaleza humana al conjunto de propiedades que caracterizan el cuerpo humano. La conducta, por tanto, debería ser reducida, según esta hipótesis, al conjunto de mecanismos orgánicos conocidos por la biología. Hablar de naturaleza humana después de esta reconducción, no pasaría de ser un modo de hablar, un prejuicio proveniente de épocas en que la ciencia aún no estaba desarrollada e ignoraba los mecanismos que producen la conducta humana. Según estos autores, en la conducta humana sólo habría biología, moléculas y propiedades científicas.

La *segunda* transformación, íntimamente implicada con la anterior, consistió en limitar los objetivos de la conducta humana a la exclusiva utilidad biológica. Según esto, el hombre se comporta como lo hace debido a que su conducta es la que permite una mayor supervivencia de la especie. Así, la conducta benéfica debería poder explicarse en términos de altruismo biológico, puesto que reportaría algún bien para la especie. En algunos casos la utilidad biológica del comportamiento es evidente, como sucede con el cuidado de la prole mientras que ésta no es capaz de valerse por sí misma. Pero, en otros casos, no está tan claro, siendo necesarios nuevos estudios para clarificar la utilidad biológica de dichos comportamientos.

La *tercera* y última transformación consistió en rechazar el concepto de naturaleza humana, como algo invariable. Estos autores son partidarios del evolucionismo biológico, que se produciría como consecuencia de mutaciones ocurridas al azar y de la selección de las más aptas. Si la conducta humana tiene su fundamento en la biología, la conducta deberá estar también sujeta a las leyes del evolucionismo. Por consiguiente, consideran como algo inadmisible el hablar de la naturaleza humana como un punto de referencia fijo al que remitir todo criterio de bondad o maldad de sus acciones. Considerar que hay una naturaleza igual para todos los hombres es, según ellos, un prejuicio que hay que superar.

El comportamiento humano constituye, por tanto, un nuevo estadio, aunque avanzado de la evolución biológica: las condiciones que mueven la evolución son también las que fomentan un determinado tipo de conducta humana. Mientras que en el resto de los animales la evolución biológica se ha detenido una vez que se han producido las adaptaciones biológicas al medio, en el hombre el proceso evolutivo continúa y se prolonga a través de la evolución de la conducta aunque movido, lógicamente, por los mismos condicionantes que la evolución de los demás animales, pues, a fin de cuentas, la conducta humana sería también algo sólo biológico. En esta teoría se incluyen las variaciones de conducta, determinadas genéticamente, y la supervivencia de genes que condicionarán las conductas más adecuadas al medio.

Este planteamiento bioético biologista y evolucionista ha tenido mucha aceptación, y ha proporcionado también una serie de tópicos que, con frecuencia, aparecen reflejados en los libros de Bioética.

Dificultades de la bioética biologista

La bioética biologista, a pesar del indudable mérito que tiene por intentar una explicación integral del hombre, desde el punto de vista de la ciencia experimental también tiene inconvenientes insolubles.

El primero y fundamental es que la Bioética así concebida niega la experiencia de la libertad humana (Solís, 1984, y López Moratalla y cols., 1987). En efecto, si se admite que el hombre es el resultado de un conjunto de fenómenos biológicos, en los que rigen unas leyes constantes, la conducta humana forzosamente ha de ser un producto necesario que resulta de la biología humana. Por eso, la experiencia de la libertad sería una mera apariencia. La conducta humana, según esto, sería el producto que resulta de instintos genéticamente codificados, de los condicionamientos ambientales y de las experiencias previas, pero sin por ello dejar lugar a la originalidad que supone el ejercicio de la libertad.

Obviamente, los partidarios de esta postura se dan cuenta de la dificultad en que incurren e intentan soslayarla. En algunos casos, este intento de salvar la libertad les lleva a una simple contradicción: afirmar, de una parte, que el comportamiento humano es sólo biología y afirmar, por otra, que somos libres. En otros casos, se intenta afirmar la libertad explicándola como un resultado que sobrepasaría la propia biología que la produce, aunque tendría en ésta su explicación más completa (Gehlen, 1987). Esta afirmación relega a un segundo plano la contradicción básica entre determinismo biológico y libertad, sin por ello resolverla. Es como si manifestase un cierto reparo a hablar abiertamente del alma, espíritu y libertad en el contexto cientifista en que surge (Ruiz de la Peña, 1983).

El segundo inconveniente de la bioética biologista radica en la evidencia de que hay comportamientos humanos que no tienen ninguna utilidad biológica. No cabe duda de que esta bioética aporta tesis explicativas sugerentes, como las que convierten las relaciones de amor maternal en términos de utilidad biológica para la supervivencia. Sin embargo, es evidente que hay comportamientos humanos que no tienen ninguna utilidad biológica para la especie, ni fomentan la reproducción del gen egoísta que codifica el comportamiento altruista (Dawkins, 1986). Intentar reducir el arte o el cuidado de los ancianos a mera utilidad biológica es forzar los datos de la experiencia.

Por tanto, si hay conductas humanas que no se pueden relacionar directamente con la utilidad biológica, la suposición más correcta será que dichas conductas tienen su origen en algo del hombre que no es biológico. Nuevamente parece que intentar hablar de conducta humana sin hablar de alma, espíritu y libertad es un reduccionismo inaceptable.

El tercer inconveniente de la bioética biologista que podemos mencionar aquí se refiere al modo de explicar el evolucionismo, hipótesis que esta bioética integra en su explicación del hombre. Es indudable que el evolucionismo biológico es la

única hipótesis científica admisible acerca del origen de las especies, pues es la única que da razón de los hechos observados: todo ser viviente procede de otro por generación (no se ha podido observar la generación espontánea), y si se mantiene que las especies han sido siempre las que ahora se observan, nos encontramos con que hay restos fósiles inexplicables.

Pero intentar explicar este evolucionismo en términos de variaciones al azar y selección de las especies más aptas —sin intervención de otros factores como se ha hecho desde la Filosofía—, es lanzar bombas de humo cientifistas sobre un asunto que ha merecido una gran atención y estudio desde puntos de vista no estrictamente empíricos. De hecho, desde el punto de vista rigurosamente científico caben serias objeciones al evolucionismo, entendido éste como resultado de variaciones azarosas y de la selección natural.

Así, la frecuencia espontánea de mutaciones es tan baja que, si la evolución depende sólo de la aparición de nuevos caracteres genéticos, no ha dado tiempo en toda la historia del mundo a que se produzca absolutamente nada. Por otra parte, las mutaciones espontáneas no suelen aportar nada nuevo, y, si aportan alguna novedad, casi siempre suele ser una variación letal. Además, las mutaciones no aparecen al azar, sino que su frecuencia depende de la estructura genética en que recaen. Por último, podríamos mencionar el hecho de que la hipótesis de las variaciones al azar y la selección de las más aptas produciría una evolución gradual y constante, mientras que los fósiles muestran épocas muy prolongadas de estabilidad que alternan con otras, de más breve duración, en las que se dan grandes cambios.

Existen, en suma, razones suficientes para rechazar con certeza el evolucionismo, entendido como resultado de variaciones al azar y de la selección de las más aptas. En todo caso, se producirá la muerte o la falta de reproducción del individuo en que se produce la mutación letal. Sin embargo, el estudio de las causas de la evolución biológica, entendida ésta como adquisición de caracteres nuevos y de proceso biológico, es patrimonio de la Filosofía y no de la ciencia experimental (López Moratalla y cols., 1987).

Esta conclusión es perfectamente concorde con la inutilidad biológica de muchos comportamientos humanos. Si no hay selección natural de las conductas más aptas para la supervivencia, entonces no toda conducta humana ha de tener utilidad biológica. Esto quiere decir que el origen de esta conducta que no se adapta al medio ambiente, no puede ser biológico: nuevamente aparece la espiritualidad humana como única hipótesis válida.

Y si la conducta humana no es debida a la selección natural del comportamiento más apto para sobrevivir, el lenguaje humano que se refiere a lo bueno y a lo malo no es una mera convención, sólo útil cuando no existan suficientes conocimientos científicos acerca de la conducta humana. El contenido ético del lenguaje humano tiene, por tanto, un significado objetivo, por lo que cabe buscar la verdad en lo que se refiere a la Ética. Este lenguaje ético, por consiguiente, no es una mera apariencia que la ciencia debería encargarse de desvanecer, como pretende la bioética biologista.

De modo coherente con el reduccionismo en el que se ha instalado, suele acusar a la Ética de «especiecismo». Esta acusación se fundamenta en que situar nuestras preferencias por la especie humana, por encima de otras especies biológicas, es una preferencia injustificada o, a lo más, justificada sólo por el hecho de que quien muestra esas preferencias pertenece a la especie humana. Sin embargo, observada tal preferencia con ojos «científicos», no existen razones válidas para preferir una especie a otra. Este «descubrimiento» del especiecismo trae como consecuencia la generalización del altruismo biológico a todo ser viviente. La bioética biologista, al negar las cualidades específicamente humanas, reconstruye los deberes del hombre para con los demás animales.

Sin embargo, dado lo erróneo que es reducir el hombre a pura biología, resulta coherente afirmar que la Ética debe ser «especiecista». El hombre tiene algo más que biología y, por tanto, hay algo en él que permite preferirlo por encima del resto de los seres biológicos.

La ética secular

El punto de partida de la ética secular, que también ha servido de base a la bioética secularista es, fundamentalmente, político y no propiamente ético. El objetivo que persigue la ética secular es conseguir una serie de medidas que sean aceptables por la generalidad de las personas. Para conseguir que esas medidas sean aceptables por todos los implicados en las decisiones públicas, o al menos por la mayoría, la ética secular admite

como presupuesto previo que es pluralista la sociedad occidental en que vivimos (Vidal, 1989).

Para la ética secular, pluralismo significa la existencia de múltiples posturas irreconciliables entre sí acerca de lo que es bueno. En estas circunstancias, a lo más que se podría llegar —siempre que se intente un acuerdo— es a afirmar que no existe tal acuerdo.

Junto con este presupuesto, a todas luces evidente en algunos países occidentales, suele ir otra afirmación más discutible: previamente a esta situación de pluralismo ético, habría habido en Occidente una incoherencia monolítica en lo que respecta a los principios morales. El cristianismo habría sido, durante siglos, esa opinión ética indiscutida e indiscutible hasta que la época moderna, con su defensa de las libertades, habría permitido el desarrollo del pluralismo en la sociedad occidental.

Junto con el panegírico de las libertades que la modernidad ha traído consigo, la ética secular suele realizar una detracción, más o menos solapada, de la Iglesia católica, responsable de la ética cristiana que, en su opinión, dominó la escena anterior a la época moderna. En algunos casos, esta detracción llega a burdas falsedades históricas, cayendo en tópicos trasnochados sobre la Inquisición y el caso Galileo.

Según la ética secular, el cambio que se ha producido en Occidente habría partido desde una ética religiosa, pacíficamente admitida, a una situación de franco pluralismo. Este cambio de coordenadas —desde una situación de dominio religioso a un pluralismo sin predominio de ninguna ética religiosa—, es el que ha proporcionado a esa ética el apelativo de «secular» o «civil» que, precisamente, intenta implantarse en el seno del pluralismo.

A pesar de la claridad de este planteamiento, los intentos de elaboración de una ética secular o civil suelen tener una nota común: dedicar buena parte de sus argumentos a atacar la ética cristiana, a pesar de que la misma ética secular manifieste que la ética religiosa está en retirada, desbancada por el pluralismo ético (Vidal, 1989). ¿Por qué, entonces, ese ataque? Más adelante tendremos ocasión de estudiarlo.

A pesar de esta curiosa ambigüedad (ataque a la ética cristiana después de afirmar que está en retirada), la ética secular afirma con constancia que el proceso de secularización de la sociedad occidental es un hecho inevitable e incontrovertible. El ejemplo histórico que suele aducir es la actual sociedad anglosajona. Según una interpretación frecuente, Lutero habría sido, más que el provocador de la descristianización y secularización del Occidente cristiano, el abanderado de una corriente histórica que se ve como un proceso necesario e independiente de las personas.

Para poder ofrecer una ética coherente a la actual sociedad pluralista, la ética secular aporta como único remedio una solución política: intentar armonizar las distintas posturas discordantes (Gillon, 1986). Para llevar a cabo esta armonización, el procedimiento más apto sería el democrático. Por medio de la votación llegaríamos a un acuerdo sobre los mínimos éticos que deberían regir en la sociedad, a la hora de decidir medidas de política pública.

De este modo, se da una solución política a un problema ético. Sin embargo, tanto el resultado político como las medidas que se adopten por decisión democrática, también constituyen una postura ética. Como es lógico, dada la discordancia de opiniones éticas, siempre se tratará de una ética minimalista, pues el común denominador entre posturas muy discordantes es necesariamente muy reducido.

A pesar de que este resultado minimalista sería el único que cabría esperar de la ética secular, la realidad es bien distinta. La ética que se denomina secular es normalmente una ética progresista, que intenta romper con la tradición ética occidental. Esta ruptura sistemática con la tradición es la que explica sus ataques al cristianismo y, especialmente, a la Iglesia católica, pues ésta es la principal institución que ha defendido y defiende los valores morales clásicos en la sociedad occidental.

La razón de este progresismo y de la consiguiente ruptura con la tradición ética occidental, hay que buscarla en el utilitarismo que subyace en el fondo de la mentalidad moderna. La mentalidad utilitarista no sólo ha influido en los planteamientos de las ciencias de la salud, dando origen a una corriente muy concreta de Bioética, sino que ha influido también en el resto de la sociedad. Debido a esta influencia, es lógico que puedan encontrarse planteamientos del utilitarismo fuera de la bioética utilitarista, ya comentada.

Para dar un mayor alcance a las ideas utilitaristas, la ética secular se ampara en el propio mecanismo democrático que le sirve de medio para extraer sus conclusiones ético-políticas seculares. Según este mecanismo democrático, por medio de la votación se pondrían de manifiesto las pre-

ferencias de los ciudadanos, sea dentro de un comité de ética, sea dentro de un organismo público cualquiera. Estas preferencias no podrían albergar la pretensión de ser universales, pues, dentro del mecanismo democrático, no se puede atribuir a una postura más peso que a otra. A excepción del mayor número de votos, no hay nada en un mecanismo de votación que permita hablar de verdad o falsedad de una postura ética.

Por tanto, el relativismo, con el consiguiente subjetivismo, aparece como un elemento intrínseco de la ética secular. Por otra parte, este relativismo y subjetivismo se adaptan sin problemas al utilitarismo que late en la sociedad occidental, pues, como ya vimos, el utilitarismo es, por su propia naturaleza, subjetivista.

Debido al subjetivismo que late soterrado en el mecanismo democrático, ni siquiera la obtención de mayoría en una votación es garantía de verdad ética. Por tanto, la opción utilitarista —una postura que es con frecuencia minoritaria en las votaciones—, suele aducir que intentar imponer la voluntad de la mayoría significa oprimir a la minoría derrotada por los votos.

Por esto, quienes defienden posturas utilitaristas minoritarias arguyen que su opción debe ser protegida, a pesar de que todos los demás opinen lo contrario. Impedir la opción utilitarista (y hedonista) en una política oficial sería, a sus ojos, hacer revivir antiguas opresiones, similares a las que ejercía el cristianismo, cuando, con su poder, era capaz de reprimir estilos de vida que se consideraban oficialmente desviados (Engelhardt, 1986).

De este modo, la mentalidad utilitarista, confundida con los planteamientos de la ética civil, ha conseguido hacer respetar en Occidente, más allá de lo ordinario, el comportamiento homosexual, el aborto y otras posturas hedonistas inicialmente minoritarias.

Sin embargo, el empuje de esta ética ha llegado más lejos. En buena lógica, una vez ha conseguido que se respeten las posturas minoritarias, no existe ninguna razón para que no se les dé el mismo rango que a las demás posturas éticas, «oficialmente» vigentes. Por tanto, de la tolerancia respecto de ciertas posturas extremas se ha terminado por afirmar el derecho de los ciudadanos a practicar conductas que hasta hace poco eran consideradas aberrantes.

Amparado en unas formas democráticas que le han servido de punto de apoyo, el utilitarismo hedonista ha ido calando en la política occidental, hasta lograr imponer sus criterios de bondad a toda la sociedad. Es evidente, a poco que se examine la cuestión, que la ética secular incurre en contradicción interna y exige una petición de principio.

La ética secular afirma inicialmente, en efecto, que ninguna postura ética se puede arrogar la pretensión de ser más verdadera que otra, y que las medidas de política pública han de confiarse a una votación democrática. Sin embargo, a la hora de la verdad, los partidarios de la ética secular defienden acérrimamente la aplicación de una escala de valores utilitarista y hedonista. La contradicción es aquí patente.

La ética secular juzga, además, como obsoleta y opresiva la ética tradicional y cristiana de occidente. Sin embargo, para elaborar este juicio, su único apoyo es la ética utilitarista que ella misma trata de imponer. En efecto, a la luz de la ética utilitarista, la ética cristiana clásica se encuentra como un elemento extraño, que se podría calificar incluso de irracional, en tanto que no participa de la visión cientifista del utilitarismo. La ética secular, por tanto, no parte de los hechos para inferir de ellos que la ética cristiana está en decadencia y que hay que sustituirla por otra. Lo que realmente hace es condenar a la decadencia a una ética cristiana, generalmente llena de pujanza, e intentar suplantarla con los presupuestos utilitaristas y hedonistas que ella aporta.

La petición de principio aquí no puede ser más evidente: el argumento que se toma como punto de partida para postular la necesidad de una ética secular (la sociedad se encuentra en proceso de secularización) es, en realidad, el resultado que se pretende alcanzar mediante la aplicación de dicha ética secular (Canavan, 1989).

El modo viciado de argumentar de la ética secular permite reconsiderar el juicio histórico que dicha ética hace del cristianismo. En ningún momento se hace un riguroso estudio histórico del cristianismo, sino que se parte de una visión de la historia observada bajo el prisma del utilitarismo hedonista.

Por desgracia, esta visión deforme de la historia sintoniza bien con la mentalidad moderna, pues la sociedad tecnificada en que vivimos tiende a moverse, en muchos de sus contextos, impulsada por el utilitarismo hedonista. A este impulso utilitarista ha contribuido, en buena medida, la mentalidad consumista, fruto de la revolución industrial. Una vez arraigada esta mentalidad moderna,

al ciudadano occidental le resulta fácil apoyar su pensamiento en esquemas utilitaristas y hedonistas. Esta facilidad para razonar a través de esquemas utilitaristas impide observar la petición de principio en que incurre la ética secular, cuando se sirve del utilitarismo para valorar las circunstancias históricas.

La ética secular encuentra un medio adecuado para su desarrollo en la moderna sociedad de consumo. Aquí se tiende a valorar todo en función de su utilidad. Y esta tendencia, necesaria a la hora de plantear la elaboración de productos industriales y otras actividades, termina haciéndose connatural al hombre moderno. Tal connaturalidad con el sistema de valoración utilitarista acaba por impedir su objetivación. Sin embargo, cuando la ética secular lo aplica, incurriendo en una petición de principio, el oyente no suele advertir que se está aplicando dicha valoración utilitarista y hedonista.

Por esto, cuando la ética secular hace una valoración utilitarista de la historia y del cristianismo, el ciudadano occidental suele entender, sin embargo, que está haciendo un estudio propiamente histórico, sin que advierta cuáles son los criterios de valoración de que parte.

La bioética secular

En el marco de la bioética utilitarista y de la bioética biologista (desarrollo lógico de la anterior) es donde aparece la bioética secular.

El razonamiento básico de la bioética secular no se basa exclusivamente en los planteamientos éticos anteriores, sino que toma también como punto de partida los razonamientos que sirvieron al desarrollo de la ética civil o secular.

El nombre de bioética le sobreviene al adoptar los puntos de vista de la bioética biologista, y no tanto por ser una ética que se refiera solamente a temas relativos al ámbito biomédico. Para la bioética secular, el ámbito biomédico es solamente un ámbito particular de aplicación. La bioética secular, siguiendo la corriente de la bioética biologista, se presenta como algo omniabarcante, que se refiere a toda la conducta humana y no sólo a los problemas biomédicos en particular. La bioética secular se refiere a asuntos sanitarios de modo puramente circunstancial. En este caso concreto, el nombre de bioética no hace referencia a las disciplinas de la salud.

La bioética secular es la corriente de pensamiento que, dentro del marco de las bioéticas biologista y utilitarista, asume la ética secular como método de trabajo para elaborar medidas de política pública. Es, por tanto, una bioética inevitable y simultáneamente política.

Las bioéticas biologistas y utilitaristas se conllevan bien con la ética secular, a la que añaden una nueva argumentación que refuerza el planteamiento secularista, y cuya argumentación examinaremos a continuación.

La bioética biologista, al implantarse en el contexto de un planteamiento cientifista, busca fundamentar la conducta humana con una certeza igual a la acostumbrada por la ciencia experimental, apoyándose únicamente en la biología. Sin embargo, además del principio básico de que parte —toda conducta humana tiene una utilidad meramente biológica—, tal bioética encuentra serias dificultades a la hora de fijar y elaborar un elenco de deberes concretos que deban ser perseguidos.

La razón de esta dificultad reside en la teoría evolucionista que la inspira. De este modo, también la conducta humana estaría inmersa en el proceso evolutivo de la naturaleza. Así, es frecuente encontrar obras de Bioética que afirmen que la moderna y relativa difusión de las conductas homosexuales seguramente tiene alguna utilidad para la especie humana, como evitar la superpoblación y la carestía de recursos. Desde este punto de vista, y siendo coherentes, no se puede pretender que haya una conducta sexual propiamente humana, pues dicha conducta, como todo en el hombre, estaría sometida al proceso de evolución. Por tanto, intentar extraer de la propia naturaleza en evolución una regla fija de conducta constituye una empresa imposible. La única certeza que se podría extraer de la bioética biologista es la inevitabilidad del pluralismo (Kieffer, 1983).

De este modo, la bioética biologista proporciona un argumento que viene a reforzar la consideración que la ética secular tiene respecto del pluralismo. Este pluralismo y la consiguiente secularización de la sociedad occidental no se ofrecen como un mero dato histórico, sino que tendrían su profundo fundamento en la biología, que, según la bioética biologista, es la única base de la naturaleza humana.

Sin embargo, el inevitable pluralismo no puede estar más en contraposición con el intento inicial de la bioética biologista: dar un fundamento firme a la ética y, al mismo tiempo, terminar con las

eternas disputas que desde siempre se han dado en el ámbito de la Ética. Por eso, una vez que se afirma la inevitabilidad del pluralismo, la bioética biologista intenta la utópica empresa de elaborar un método que permita llevar a la práctica, en el ámbito de ese mismo pluralismo inevitable, una serie de medidas de carácter público capaces de aglutinar a la sociedad. En esto consiste, en buena medida, el método de la ética secular.

Una vez hecha la afirmación de que es inevitable el pluralismo ético, la bioética biologista considera que no está resuelto el problema que la llevó a estudiar la conducta humana. En efecto, lo que intentaba era elaborar una serie de principios éticos de aplicación universal, principios que, además, gozaran de la certeza de las ciencias empíricas. En una primera aproximación, tal intento resulta fallido. Por consiguiente, la bioética biologista se ve obligada a profundizar en las raíces biológicas del comportamiento, que son las únicas que admite para, a partir de ellas, elaborar sus reglas de conducta.

Llegado este momento, el problema que le surge a la bioética biologista consiste en la insuficiencia de los conocimientos biológicos sobre los que desea apoyar las reglas de la conducta humana. No se sabe de qué mecanismos exactos pueden depender las variadísimas conductas que el hombre muestra. El único camino que le queda a la bioética biologista para elaborar una ética «científica» consiste en examinar las diversas tendencias del hombre y deducir, a partir de ellas, qué conducta es la más adecuada.

Sin embargo, este examen de las tendencias del hombre no puede ser objetivo. La bioética biologista no trata de hacer un estudio estadístico acerca de cuáles sean las conductas más propias del hombre para deducir, a partir de ellas, sus tendencias. Este modo de elaboración podría dejar de lado tendencias que no se manifiestan exteriormente, o aquellas tendencias que han sido reprimidas por las circunstancias externas. El único modo que le queda a la bioética biologista para examinar las tendencias del hombre reside en que cada hombre comunique cuáles son sus tendencias, que exponga abiertamente su intimidad. De los datos obtenidos a través de esta exposición, sí se podrá llegar a elaborar la ética «científica» que se pretendía.

La bioética biologista denomina valores a los objetos hacia los que cada hombre se mueve, atraído por sus impulsos biológicos, los únicos que, según su concepción, cabe considerar. Este planteamiento, aunque aparentemente objetivo, no es sino la consagración del subjetivismo, pues el único modo de conocer los valores hacia los que se mueve cada hombre consiste en que el mismo hombre informe acerca de ellos. Según esto, no existiría una escala de valores objetivos, sino que imperarían el relativismo y subjetivismo más absolutos.

De este modo, la bioética biologista viene a engranar con uno de los puntos claves de la ética secular: el relativismo y el subjetivismo. Del mismo modo que para la ética secular, su problema consiste en intentar coordinar los distintos valores que expresan los individuos, de manera que pueda establecerse una serie de medidas de pública aceptación que permita el funcionamiento adecuado de la sociedad. La bioética biologista se transforma así en bioética secular, pues le parece inadmisible la pretensión de la ética religiosa, y especialmente la cristiana, de que existan unos principios éticos objetivos y universales.

La bioética secular tiene serias dificultades para elaborar, a partir de los valores que manifiestan los individuos, unos principios generales de Bioética. Con espíritu de rigor científico, elabora un elenco de valores, a los que clasifica según la gradación de un criterio concreto (Fenigsen, 1989). Esta clasificación tiene una principal utilidad, pues aunque no pueda llegar a conclusiones ciertas, sin embargo, permite clarificar el panorama y facilitar las decisiones que posteriormente se tomen.

Sin embargo, si críticamente se examina este modo de proceder para llegar a establecer algunas soluciones éticas, hay que afirmar que el elenco de valores por los que opta la bioética secular no orienta en absoluto respecto de qué valores deben ser elegidos. Esta elección queda siempre a merced de las personas concretas. Por tanto, a efectos de conseguir reglas éticas «científicas» que sirvan de orientación al comportamiento personal, hay que concluir que la clasificación de valores propuesta por la ética secular no sirve para nada.

Por esta razón, la bioética secular no puede limitarse a clasificar y ordenar los valores, sino que precisa un método de decisión que elija entre los valores en liza. Y este método de decisión viene a ser, en último término, la ética secular, con su procedimiento democrático y utilitarista.

La bioética secular termina siendo, por tanto, un procedimiento político que busca soluciones éticas a los problemas, extremo en el que coincide con la

ética secular, a pesar de partir de planteamientos biologistas que le son propios. La ausencia de criterios objetivos para elegir entre los diversos valores que se proponen, hace que los debates en el ámbito de la bioética secular sean algo penosos y muy pobres los resultados. Sin embargo, el panorama cambia notablemente cuando se llevan al extremo las implicaciones del sistema democrático y el utilitarismo, como sistema de valoración. Examinaremos a continuación las consecuencias del desarrollo de la democracia y el utilitarismo en la bioética secular.

Autonomía, beneficencia y justicia

Una vez que la bioética secular ha hecho sus planteamientos básicos, pasa a sistematizarlos en una serie de principios: autonomía, beneficencia y justicia. Estos principios son empleados con un sentido distinto por autores que no se inscriben dentro de la corriente secular de la bioética, especialmente desde que en la ética médica estadounidense se ha hecho lugar común fundamentar en ellos el comportamiento de los profesionales de la salud. Sin embargo, la bioética secular da a estos principios un significado propio. Para examinar ese significado es conveniente observar cuál es el fundamento que la bioética secular les da.

Una vez que la bioética secular ha admitido que los valores son sólo subjetivos, sea por el procedimiento que hemos mostrado en el apartado anterior, sea por otros razonamientos filosóficos (Engelhardt, 1986), el mismo procedimiento democrático se ve modificado en su naturaleza. Clásicamente la democracia se concibe como un procedimiento práctico que orienta acerca de lo que es bueno por naturaleza con respecto al hombre y permite emprender la acción política (Spaemann, 1980). Sin embargo, la bioética secular, al negar la existencia de un bien que sea propio del hombre, cambia el sentido de la democracia. Éste sería apenas un sistema para entenderse, dentro del inevitable pluralismo.

La democracia, entendida al modo clásico, puede y debe obligar a las minorías a seguir las leyes dictadas por la mayoría, pues supone que la votación de la mayoría es una cierta garantía de que la ley se adecua a la naturaleza espiritual del hombre. De este modo, la democracia clásica es capaz de llegar a elaborar normas públicas de obligado cumplimiento, porque tienen como punto de referencia la naturaleza humana, entendida ésta como algo fijo para todos los hombres.

La democracia propuesta por la bioética secular, sin embargo, no admite esta referencia a una naturaleza humana que sea fija. Bajo su punto de vista, los votos no son más que votos iguales a otros votos, y unos resultados mayoritarios no tienen fuerza para obligar a las minorías discordantes.

Cuando la bioética secular llega a un acuerdo por votación, y este acuerdo es completo, entonces no hay problemas. Pero lo normal es que sea incompleto, y que exista una minoría discordante. En el caso de que haya un acuerdo incompleto, que es mucho más frecuente, la bioética secular opina que obligar a la minoría a obedecer lo que ha sido refrendado por la mayoría es, sin más, una opresión para las minorías. Esto es coherente con su opinión, que niega la referencia a una común naturaleza humana.

La consecuencia inmediata de esta visión de la democracia es el respeto a ultranza de toda autonomía personal (Engelhardt, 1986). En efecto, si los votos son todos iguales, pisotear a las minorías es opresión y la causa de desórdenes sociales. Por tanto, las decisiones personales —siempre que no afecten desfavorablemente a los demás y se mantengan dentro del ámbito personal—, deberán ser respetadas. Éste es el *principio de autonomía*, básico en el contexto de la bioética secular.

Apoyándose en el principio de autonomía, la bioética secular defiende el derecho al suicidio voluntario, al aborto, a la conducta homosexual, a las operaciones transexuales, al uso de contraceptivos, etc. Todas estas acciones pertenecen, según esta visión de la bioética, al ámbito de lo privado y, por tanto, no podrían ser conculcadas por el Estado, ni en virtud de ninguna votación.

Hay que reconocer, no obstante, que algunas de estas opciones privadas afectan al no nacido. La bioética secular, oculta sistemáticamente este aspecto, que sustancialmente varía el análisis ético de dichas acciones. Cuando la bioética secular no oculta que se lesiona la vida del no nacido, el valor ético de esa vida es considerado irrelevante, magnificando los motivos que llevan a eliminarla y deformando expresamente los datos científicos de que dispone la biología respecto del desarrollo embrionario (Engelhardt, 1986). Acontece aquí lo mismo que sucedía con la ética secular en su afán de deformar la visión histórica de la ética cristiana. En esta magnificación y deformación ha intervenido decisiva-

mente el utilitarismo, cuya influencia en la bioética secular examinaremos a continuación.

Líneas atrás hicimos notar, al hablar de la ética secular, que la posición secularista lleva de la mano a la aplicación indiscriminada del utilitarismo hedonista como método de valoración moral. Este fenómeno también acontece en la bioética secular.

La aplicación del utilitarismo hedonista ha conducido a la generalización de ciertos valores en el ámbito de la política, a pesar de que no hayan obtenido la mayoría de votos en la lid democrática. Por esta causa, la bioética secular defiende la búsqueda de la eutanasia como la posición más correcta ante casos de sufrimiento, pues es la deducción más correcta desde el punto de vista utilitarista. Por la misma causa, la bioética secular defiende el aborto selectivo de los fetos con malformaciones, el infanticidio de los recién nacidos en los que no se haya llegado a tiempo con el diagnóstico prenatal y la libertad en el uso de la sexualidad, al tiempo que niega todo significado natural a su ejercicio (Engelhardt, 1986).

La bioética secular agrupa estas «buenas» acciones, desde el punto de vista utilitarista, bajo el *principio de beneficencia*. Según este principio, el modo de que funcione la sociedad es hacer el bien (en sentido utilitarista y hedonista) a los demás. Ese mutuo intercambio de acciones benéficas mantendrá la cohesión de la sociedad. Las conclusiones a que lleva esta beneficencia resultan sorprendentes para quien no esté influenciado por el hedonismo, pero terminan por arrastrar y hacerse evidentes para quienes están por él influidos (Fenigsen, 1989). Así, desde el punto de vista de la bioética secular, la acción más «benéfica» ante un enfermo que sufre sería matarle, practicar la eutanasia, y la acción más «benéfica» ante un no nacido con malformaciones sería abortarle.

La bioética secular apela y establece otro principio que hace respetar las posturas minoritarias dentro de la sociedad que se organiza bajo los postulados hedonistas. Se trata del *principio de justicia*. Dentro de la bioética secular, el principio de justicia afirma que no puede ser conculcada la autonomía del individuo. Este principio es la garantía institucional de que se mantendrá un estado de cosas que permita vivir según los esquemas utilitaristas y hedonistas que propugna la misma bioética secular.

Secundariamente, la bioética secular observa el principio de justicia como una garantía de que la beneficencia podrá ser practicada sin trabas. Y, para un cristiano que viva en un ambiente en que impere la bioética secular, este principio de justicia puede ser una garantía de que se le permitirá vivir sin violar sus opciones personales. Sin embargo, según este modo de concebir el principio de justicia, el cristianismo y la religión en general quedan reducidos a la intimidad de la persona. La bioética secular considera que la pretensión de organizar la vida pública con principios no utilitaristas y hedonistas constituye un modo de opresión para las otras posibles opciones. De este modo, la bioética secular excluye otras perspectivas de la vida que también están llamadas a conformar la sociedad (Engelhardt, 1986).

Los tres principios de autonomía, beneficencia y justicia implican ciertas dificultades insalvables que impiden su aceptación. Cabe objetarles, por ejemplo, que son incapaces de explicar muchas de las conductas que son comunes en la experiencia clínica cotidiana. El cuidado de los enfermos en estado de coma, de los ancianos dementes o de los enfermos mentales es algo inexplicable desde estos principios, pues estos enfermos no pueden satisfacer su necesidad de autonomía. Y la autonomía, según se nos ha dicho, era necesaria para la vida en la sociedad regida por los principios de la bioética secular. Llevando el argumento hasta el extremo, los principios de la bioética secular no pueden fundamentar ni siquiera el respeto a las personas dormidas (Engelhardt, 1986). Por tanto, si se aceptan estos principios, es imposible que funcione la sociedad. De donde se concluye que la bioética secular es una utopía.

Los mismos autores que defienden la aplicación de los principios de la bioética secular se dan cuenta de su insuficiencia, e intentan paliarla admitiendo otras argumentaciones que permitan enfrentarse de modo más realista con las relaciones interpersonales. Éste es, en efecto, el único camino que queda a las éticas individualistas para dar coherencia a su postura (Messner, 1967). Por desgracia, la admisión de otros principios éticos que sean complementarios a éstos, a lo que parece, no es posible, pues, como ya vimos, la mentalidad secular es excluyente. Intentar hacerlos convivir con otros principios éticos supone caer inmediatamente en graves contradicciones internas. Así, pretender que se emplee la prudencia en ciertas situaciones especialmente conflictivas puede suponer la negación del principio de autonomía.

Gracias a la mentalidad utilitarista y hedonista, vigente hoy en Occidente, los principios de la bioética secular han tenido gran aceptación, a pesar de sus contradicciones internas. De hecho, su influencia es responsable de bastantes medidas concretas de política sanitaria, de otra forma inexplicables. Así, la Asociación Médica Mundial afirma que el médico que esté en contra del aborto no tiene obligación de practicarlo, pero tiene obligación de remitir a la mujer que lo solicita a otro médico que sí esté dispuesto a realizarlo (World Medical Association, 1985).

De este modo, el médico que defiende la vida ve su postura reducida al estricto y recortado ámbito personal. En sintonía con el principio de beneficencia tiene obligación de proporcionar a la mujer lo que ella desea. De esta forma, el aborto, de hecho, deberá realizarse en la sociedad, siguiendo el principio de justicia, que defiende las posturas minoritarias, con tal de que la autonomía de la mujer sea siempre respetada. El feto, por el contrario, aquí no cuenta.

Volver a la contemplación

Mientras se desarrollaba esta corriente de la bioética secular, la palabra bioética hacía fortuna entre los cultivadores de la ética clásica. Para ellos, la bioética no es sino la ética aplicada a los problemas biomédicos, hoy día tan en boga (Reich, 1978). La razón del predicamento actual de la ética de los problemas biomédicos hay que buscarla también en la mentalidad moderna.

Un elemento característico de esta mentalidad consiste en la reducción de toda realidad a la sola materia. Desde el siglo XVII se encuentra esta idea claramente expresada por filósofos ingleses y franceses. Aunque en esa época, en que comienza la mentalidad moderna, se admitía que en el caso del hombre habría que considerar además un elemento espiritual que se une a la materia, el paso del tiempo ha sido implacable con ese residuo de espiritualidad. De hecho, como ya hemos visto, siguiendo la mentalidad vigente en nuestra sociedad, la bioética secular, reduce el hombre a pura biología.

Esta reducción de la realidad a mera materia ha facilitado el avance de la revolución industrial en occidente. El hombre moderno, al considerar la realidad como algo puramente material, ha perdido de vista el sentido natural de las cosas. Este sentido, en la modernidad, viene dado por el hombre mismo cuando modifica la materia que se encuentra a su alcance. El hombre moderno sabe lo que es algo cuando sabe lo que puede hacer con ello. Modificar la realidad es lo más humano que puede hacer el hombre de mentalidad moderna (Arendt, 1974, y López Moratalla y cols., 1987).

Las repercusiones que esta concepción ha tenido para la vida ordinaria han sido extraordinariamente grandes. Sus consecuencias más llamativas han sido, seguramente, la aparición del moderno Estado de bienestar (*Welfare state*). Pero quizá de más importancia ha sido el cambio mismo de mentalidad que se le ha asociado. Mientras que en la mentalidad clásica jugaba un gran papel la contemplación de la realidad, la mentalidad moderna no se preocupa de esta contemplación. Este cambio —como observaremos— no es algo meramente accidental, sino sustancial y grave.

Cuando una persona con mentalidad clásica contemplaba la naturaleza, encontraba en ella algo que debía ser respetado en su integridad, en mayor o menor medida, según se tratase de personas o de otro tipo de seres. La idea de manipular el medio circundante, de modo sistemático para la propia utilidad, es algo lejano a dicha mentalidad clásica. Buena prueba de ello es el escaso desarrollo tecnológico durante la edad antigua, a pesar de que en dicha época el hombre estaba provisto de todos los medios que, más tarde, hicieron posible tal desarrollo en la edad moderna.

Con la desaparición de la mentalidad que podríamos llamar *contemplativa* y la aparición de la moderna mentalidad *manipuladora* se cierne un peligro sobre el hombre, especialmente si se le considera solamente materia. Fundamentalmente, dicho peligro consiste en la manipulación del hombre por el hombre. La mentalidad moderna, al manifestar que la única realidad del hombre es su biología, considera indirectamente que el hombre es solamente materia, capaz de ser manipulada en beneficio propio. La mentalidad moderna tiende a cosificar al hombre.

El hombre que vive en la sociedad de mentalidad manipuladora se da cuenta de esta cosificación de la que, en mayor o menor medida, él mismo puede ser objeto, por lo que reacciona defendiéndose. Una de esas reacciones defensivas —más fuerte cuanto más manipuladora se hace la técnica moderna— consiste en llamar en auxilio a las consideraciones éticas para evitar la manipulación. Aparecen así los límites éticos de la ciencia (Herranz, 1983), límites de los que nadie, a lo largo de la historia, tuvo nin-

guna necesidad de hablar, pues antes no existía una mentalidad manipuladora que intentase manejar a su antojo al hombre.

Esta reacción defensiva, en buena medida, explica el resurgir de la Ética en los últimos tiempos. Y la explica ante situaciones que por su propia naturaleza son especialmente manipuladoras, como suele acontecer en el ejercicio de la Medicina. Esta disciplina pretende como objetivo básico manipular el cuerpo humano para hacerle recobrar la salud (Vogelisanger, 1980). Si la Medicina perdiera de vista el sentido natural de lo que es el hombre, se convertiría en el instrumento manipulador por excelencia de la época moderna. Es precisamente el intento de recuperar el respeto al fin natural del hombre, como principio orientador de la Medicina, algo que la Bioética ha generado, entendida esta disciplina como rama de la Ética que se aplica a los problemas biomédicos. En esta misma línea defensiva cabe integrar a bastantes planteamientos ecológicos que, aunque quizá teóricamente poco articulados, intentan defender la entera naturaleza de la febril actividad manipuladora del hombre.

Sin embargo, esta postura defensiva del hombre ante la mentalidad manipuladora moderna está abocada al fracaso si la mentalidad general, incluso la del hombre que se cree manipulado, no sale de sus planteamientos hedonistas y cesa de considerar la naturaleza como material que puede ser empleado, con tal de que lo desee en su beneficio y utilidad. En efecto, mientras que el hombre considere que toda relación humana se establece en búsqueda de una utilidad, no se podrá recuperar el sentido natural de las cosas, pues éste permanecerá siempre oculto detrás del interés particular de la mentalidad manipuladora y utilitarista.

Además, aunque sean correctos los razonamientos clásicos que se arguyen para evitar la manipulación del hombre por el hombre, éstos no encontrarán el eco adecuado como consecuencia de una mentalidad que les es contraria. En efecto, la bioética secular suele englobar las razones de la ética clásica dentro del grupo general de las éticas religiosas, las cuales son consideradas como minorías toleradas en una vida pública organizada alrededor de planteamientos utilitaristas.

Aunque la bioética secular garantiza la supervivencia en su seno de posturas éticas clásicas, ésta es una supervivencia reducida al estado de gueto. Así, amparándose en los propios principios de la bioética secular, cualquier ética religiosa puede reclamar para sí un espacio en el que poder sobrevivir en la sociedad. En este debate, los principios de la ética cristiana han de ser afirmados como principios subjetivos e indemostrables y, sin embargo, dignos también de respeto en el ámbito de la sociedad pluralista y secular.

Pero, si se desea recuperar el valor absoluto de cada hombre, como motor de todo trabajo médico, es necesario inculcar de nuevo en los profesionales de la salud la idea de que el hombre es algo más que un ser biológico, manipulable sin más. Y, para que esta idea no sea observada como una pretensión particular del cristianismo —sin otro fundamento que la subjetividad del creyente—, el respeto al hombre debe fundamentarse filosóficamente, sin miedo a enseñar las nociones elementales sobre la naturaleza del alma a los estudiantes de Medicina.

Se precisa, además, una labor educativa más profunda que devuelva al hombre moderno —y especialmente al médico— la mentalidad contemplativa de los antiguos. Esta labor educativa, con el correspondiente cambio de mentalidad, permitirá que arraigue en terreno fértil la idea de que el hombre es un ser espiritual digno por sí mismo de todo respeto, y no, como afirma la bioética secular, un ser meramente biológico, que puede manipularse a voluntad.

Bibliografía

ARENDT, H.: *La condición humana*, Barcelona, Seix Barral, 1974, p. 432.

CANAVAN, F.: «The Civil Rights Game», en *The Human Life Review*, 15, 1989, pp. 44-51.

DAWKINS, R.: *El gen egoísta*, Barcelona, Salvat, 1986, p. 303.

ENGELHARDT, H. T., Jr.: *The Foundations of Bioethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, p. 398.

FENIGSEN, R.: «A Case Against Dutch Euthanasia», en *The Hastings Center Report*, 19 (supl.), 1989, pp. 22-30.

GEHLEN, A.: *El hombre*, Salamanca, Sígueme, 1987, p. 475.

GILLON, R.: *Philosophical Medical Ethics*, Chichester, John Wiley & Sons, 1986, p. 189.

HERRANZ, G.: «Los límites éticos de la investigación científica», en *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 27, 1983, pp. 51-55.

KIEFFER, G. H.: *Bioética*, Madrid, Alhambra, 1983, p. 495.

LÓPEZ MORATALLA, N.; RUIZ RETEGUI, A.; LLANO, A, et al.: *Deontología biológica*, Pamplona, Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, 1987, p. 409.

MACINTYRE, A.: *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica, 1987, p. 350.

MESSNER, J.: *Ética social, política y económica a la luz del Derecho Natural*, Madrid, Rialp, 1967, p. 1575.

REICH, W. T. (ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York, The Free Press, 1978, p. 484.

RUIZ DE LA PEÑA, J. L.: *Las nuevas antropologías*, Santander, Sal Terrae, 1983, p. 232.

SOLÍS, M.: *Fundamentación moral de la bioética*, Pamplona, Universidad de Navarra, Tesis de licenciatura, 1984.

SPAEMANN, R.: *Ética: cuestiones fundamentales*, Pamplona, Eunsa, 1987, p. 124.

SPAEMANN, R.: *Crítica de las utopías políticas*, Pamplona, Eunsa, 1980, p. 340.

VIDAL, M.: *Bioética*, Madrid, Tecnos, 1989, p. 239.

VOGELSANGER, P.: «Die Wurde des Patienten», en *Bulletin Schweizerisch Akademie Medizin Wissenschaft*, 1980, 36, pp. 249-258. (Nuestro agradecimiento al profesor Herranz por la traducción de este artículo al castellano).

Segunda parte

EL VALOR FUNDAMENTAL DE LA VIDA HUMANA

8. MANIPULACIÓN GENÉTICA E INTERVENCIÓN EN EMBRIONES

A. Santos Ruiz

Introducción

Los estudios genéticos cubren un amplio campo específico, que va desde los sistemas de contracepción a los métodos de gemelización, pasando por los procedimientos de fecundación *in vitro*.

En este capítulo se abordan, concretamente, en dos apartados, las técnicas que corresponden a la ingeniería genética —*genetic Engineering*— como el DNA recombinante y la clonación. También se incluye un tercer apartado referente a la intervención en embriones. Los problemas bioéticos relacionados con tan particulares caminos son especialmente actuales y no plantean una visión unitaria sino multiforme, con obstáculos para una conjunción entre lo tradicional y lo revolucionario. A veces, la mera especulación y los datos escuetos implican interrogantes en asuntos de Derecho y de Moral que se presumían resueltos.

La ingeniería genética no es una ciencia, sino un compendio de técnicas para aislar y modificar los genes. Objetivamente es obligado subrayar que sirve para hacer progresar los conocimientos biológicos y, asimismo, para originar substancias útiles para el bienestar de la humanidad. Bastaría enumerar sus consecuencias extraordinariamente positivas en múltiples terrenos como la terapéutica humana y animal, la ganadería, la agricultura y otras satisfactorias aportaciones.

Sin duda, lo biotecnológico está en marcha y avanza deprisa en sectores como el de la recombinación genética. El prefijo *bio* de biotecnología afecta genéricamente a bacterias y levaduras pero, análogamente, concierne a más células vivas, como las de animales, plantas, hongos y algas. No es de extrañar, por tanto, que el control de los procesos de fertilización, los sistemas de transferencia de genes, la hibridación de células somáticas, la fisión microcelular y otros sugestivos temas hayan sido examinados con detalle.

No obstante, en primer plano debe constar que cuando se trata de aplicaciones genéticas en la especie humana surgen facetas delicadísimas dentro de la Bioética, que preocupan intensamente a científicos, moralistas, sociólogos y a tantas gentes de buena voluntad. El recurrir a manipulaciones, como las que implican escogidas técnicas genéticas, representa, en ocasiones, privar al hombre de unos derechos que no ha recibido de la sociedad ni de autoridad humana alguna.

En la composición genética de las generaciones venideras pueden repercutir diversas posibilidades —no excluyentes e interrelacionables— que la mayoría de los autores enumeran como tres esenciales: la primera, el lento cambio ambiental; la segunda basada en una política eugenésica de variada condición; la tercera, más actual, sutil e incisiva, se refiere a la manipulación o instrumentación genética. Manipular —de *manipulus*, de *manus*— es operar con las manos, de ahí la denominación tan utilizada en todos los medios científicos y culturales, de manipulación genética.

Sin embargo, sin afán de originalidades —y como ya he tenido ocasión de exponer—, quizás sea preferible sustituir el sustantivo por instrumentación, conservando el adjetivo. Instrumento viene de la palabra latina *instrumentum*, que alude a un conjunto de diversas piezas combinadas adecuadamente para que sirva con determinado objetivo (cfr. cap. 10).

Un error corriente es admitir las normas bioéticas como fruto del sentir de una mayoría social; sin embargo, ésta nunca da instrucciones éticas y morales, sino que origina una moda. Entre moda, Ética y Moral hay acusadas diferencias. Hay cosas que constituyen por su naturaleza intrínseca un problema moral, y para definirlo no sirve para nada

la mayoría: no es, claro está, un asunto meramente estadístico. La Moral y la Ética están relacionadas con la educación, pero no son su resultado.

Se puede cambiar lo educativo y manejar a las personas enseñándoles comportamientos inadecuados y hasta inaceptables. Por el contrario, la Moral no es susceptible de cambio y obedece a instancias superiores, que deben condicionar, justamente, el quehacer humano.

El libre albedrío da al hombre el derecho y el deber de investigar, pero no a someterse servilmente a hechos físicos, químicos, fisiológicos o de otra índole material, dado que supondría renunciar a su libertad. Es imprescindible insistir en que la investigación científica y, especialmente la genética humana, no es un valor absoluto, en el sentido de que, de cualquier modo que se desarrolle, esté siempre éticamente justificada. Las críticas y juicios que se incluyen en las páginas que siguen no son una actitud negativa hacia la ciencia, sino al contrario. Lo que se busca es que vuelva simplemente a ser ella misma: conocimiento de la verdad por el bien integral de la persona humana.

Recombinación genética

Las técnicas de recombinación tratan de modificar la información genética del individuo. Dentro de la ingeniería genética son prometedoras, por cuanto se accede a la obtención de especies animales, vegetales o microbianas que ostentan ventajas sobre las conocidas. Sus primeros pasos no se remontan más allá de 1971 en Estados Unidos, y en Francia se iniciaron en 1974.

a) Intercambio de segmentos cromosómicos

La recombinación es un fenómeno resultante del intercambio de segmentos cromosómicos. En pocas palabras, la técnica del DNA recombinante consiste en aislar un gen de una célula para después insertarlo en el cromosoma de otra. Si el gen está convenientemente situado —si es, como suele decirse «funcional»— la célula sintetizará algo que le es ajeno, con caracteres y funciones específicas; y de una sola célula transformada podrá surgir una colonia de otras idénticas. De este modo, el experimentador poseerá cantidades considerables de un gen, cuya estructura, funcionamiento y otras cualidades serán accesibles a su conocimiento. Por otra parte, al tener éxito la operación, el gen extraño insertado en la célula obligará a ésta a elaborar una substancia determinada, que no se originaba antes de esta cirugía genética.

Con los modernos métodos genéticos, para el aislamiento y la unión de segmentos de DNA, se ha conseguido en la actualidad la construcción de moléculas biológicamente activas, multiplicables al ser introducidas, por ejemplo, en el *Escherichia coli*. El colibacilo tiene un solo cromosoma enrollado en sí mismo a modo de anillo y posee dos o tres mil genes, que ordenan la síntesis de los compuestos que requiere para mantenerse vivo. No menos prometedores son otros agentes microbianos como el *Bacillus subtilis* y diversas levaduras, entre las que destaca el *Saccharomyces cerevisiae*. La formación de microorganismos con genes incorporados interesa, entre otros sectores, a la industria.

La metodología más ampliamente utilizada consiste en la transferencia del gen —segmento del DNA que contiene la clave para la biosíntesis de un compuesto interesante— al material genético de microorganismos, los cuales, al reproducirse rápidamente, contribuirán a facilitar, *ad libitum*, seleccionadas substancias.

La recombinación genética puede significar, además, la modificación de la información hereditaria de un organismo por cambio de sus genes por otros sintéticos, con manipulación directa de los mismos. La posible corrección de anomalías hereditarias justifica, para algunos, el desarrollo de estos procedimientos.

A pesar de las favorables perspectivas apuntadas que las investigaciones genéticas abren en distintos campos, cabe también la proliferación de nuevos microorganismos con características peculiares y los consecuentes peligros para la especie humana. Entre ellos figuran la introducción de genes productores de neoplasias malignas, con secuela de aumento de incidencia; y en adición es previsible la formación de microorganismos de una virulencia extraordinaria y resistentes a la terapéutica usual conocida.

b) Transferencia de información

El gen, formado por el ácido desoxirribonucleico o DNA, es una unidad indivisible, que se define operativamente por su capacidad para la

mutación y para recombinarse con otros genes o con porciones propias. En la transducción se da el paso de cromosomas de una célula microbiana a otra. La transferencia de información genética no se hace únicamente de microbio a microbio, sino también entre microorganismos y organismos superiores, tanto vegetales como animales, como ocurre en el fenómeno de transcesión que origina el cáncer vegetal denominado *crowngall*. Asimismo, segmentos del DNA aislados de células eucarióticas pueden funcionar y expresarse en células procarióticas.

Para llegar a la producción de substancias específicas con la técnica del DNA recombinante han sido imprescindibles distintos pasos fundamentales: descubrimiento por Arber, Nathans y Smith, de las enzimas de rectificación o restricción —endonucleasas— que cortan los DNA en fragmentos, en sitios precisos; conocimiento de las DNA ligasas, que son enzimas que pueden ligar estos fragmentos a los portadores de replicación, como en la síntesis del virus pigmeo ψ-X-174 del colibacilo por Kornberg y sus colaboradores; utilización de virus bacteriófagos y plásmidos —DNA circulares— como portadores de los fragmentos de ácido desoxirribonucleico a insertar en una célula; introducción de los fagos y plásmidos con el fragmento de DNA en la célula, cuyo paso a través de la membrana se facilita por tratamientos adecuados, preferentemente con compuestos inorgánicos.

La fragmentación del DNA es accesible, además, por procesos mecánicos que provocan roturas inespecíficas. Otro recurso es sintetizar —química o biológicamente *in vitro*— mediante la transcriptasa inversa, genes pequeños. En cuanto a los vectores, se han empleado también los llamados mixtos, que son asociaciones artificiales de plásmidos y fagos —fásmidos— o virus animales —cósmidos— que dan mayor versatilidad de uso. A este propósito existen genotecas que son archivos de vectores que contienen, insertado en pequeños fragmentos, la totalidad de un genoma dado.

El principal problema que conlleva una expresión de genes eucariotes en procariotes se debe a la presencia de intrones y exones en los genes eucariotes. Los intrones son secuencias no codificantes para aminoácidos que interrumpan la continuidad; las regiones codificantes son los exones. Al proceso de eliminación de intrones se denomina *splicing* o procesamiento. Los genes seleccionados, al integrarse en el núcleo celular, dan lugar al genoma híbrido y originan proteínas dependientes del fragmento de DNA. Este proceso general se ha denominado también *cloning*, clonación o clonaje, y a las operaciones «clonear», «cloneado», etcétera.

Con la técnica conocida genéricamente como clonación —de la que trataré posteriormente en otro apartado— se obtiene una sola molécula de DNA en grandes cantidades. Con la llamada hibridación, es comparable el grado de homología de secuencias entre distintas moléculas de ácidos nucleicos; lo cual tiene particular importancia en el diagnóstico de enfermedades hereditarias, ya que ayuda a distinguir los genes normales de los anormales.

La técnica del DNA recombinante fue desarrollada primariamente por los genetistas moleculares, para probar la estructura, organización y función del material genético. A medida que transcurre el tiempo se aplican, cada vez más, para investigar cuestiones referentes a la estructura y función de las proteínas, particularmente de las enzimas. La posibilidad de acceder a cambios definidos en los genes plantea investigaciones, impensables hace una década.

El intercambio de segmentos cromosómicos celulares ha entrado ya en el terreno de lo popular. Por ejemplo, a través del proyecto iniciado por el Cold Spring Harbor Laboratory, que ha organizado un laboratorio móvil, denominado *Vector* que imparte cursos breves, para profesores de escuelas secundarias, sobre los métodos de DNA recombinante.

El poder para hacer bien o mal con la tecnología del DNA recombinante es virtualmente ilimitado. Por descontado, que no se deben exagerar los peligros de la actuación de algunos científicos enajenados, pero sin duda los gobiernos y los industriales tendrán —y tienen ya— que tomar en cuenta el riesgo de estos poderosos hallazgos.

De ahí que el denominado Committee Berg pidiese a los National Institutes of Health norteamericanos el establecimiento de una comisión consultiva para evaluar los riesgos biológicos potenciales de las técnicas de ingeniería genética. Se solicitó de los científicos que renunciasen voluntariamente a temas genéricos de investigación que condujeran a la creación de plásmidos artificiales y, en consecuencia, a microorganismos patógenos desconocidos.

Hay que tener presente que, en lo referente a las técnicas de reproducción humana, se ha lle-

gado a proponer una, calificada de «ética funcional», para su aceptación colectiva. Con arreglo a ella las manipulaciones genéticas en el hombre quedarían fuera de exigencias de conciencia, en aras de una supuesta utilidad social. Esto es, se intenta introducir, por consenso, un sentido finalista en la Ética, pero lo cierto es que es algo tan relativo como cualquier acuerdo de intereses.

c) Transgénesis

Una variante de la recombinación genética es la denominada transgénesis. Con esta metodología es viable la intervención en el patrimonio genético de un ser, con adición de nuevos genes y alteración, por tanto, de sus características. Hoy día se consigue, en cuestión de algunos meses, algo que la naturaleza hubiera tardado siglos o milenios en producir: nuevas especies animales. Con la transgénesis, se rompe totalmente la barrera natural entre especies, y es teóricamente factible insertar genes en casos que es imposible se den en la naturaleza; la cual tiende a preservar la diferencia entre especies y ni siquiera facilita el nacimiento de híbridos (cfr. cap. 10).

Estas técnicas tienen su punto de partida en 1973, cuando Cohen, de la Universidad de Stanford, introdujo un gen extraño —perteneciente al *Staphylococcus aureus*— en el DNA del *Escherichia coli*. En conexión con tal experimento, se dio otro gran paso, en 1974, en la Universidad de Gante, donde el equipo dirigido por Schell logró pasar genes procedentes de conejo al genoma de una planta de tabaco. Posteriormente Palmiter y Brinster, de las universidades de Washington y Pensilvania, respectivamente, perfeccionaron los procedimientos y lograron el primer animal transgénico en 1982, al introducir el gen de la hormona del crecimiento de ratas en embriones de ratón, que se transformaron al crecer en ejemplares gigantes.

Resultados análogos fueron conseguidos por Babinet y Morelli en el Instituto Pasteur de París. A éstos siguieron ensayos con inserción, en el DNA de ratones, de genes de globulina humano y de conejo, de inmunoglobulina y de hormona del crecimiento humanas, entre otros ejemplos. Otra técnica transgénica, hasta ahora poco más anecdótica, consistió en la obtención de quimeras por la introducción del DNA de un animal en el de otro con distinta carga genética; la operación tuvo lugar en la Universidad de Cambridge y se consiguió la cabra-oveja o *geep*, una nueva especie con cuernos caprinos y lana de ovino que, al contrario de los híbridos, se reproduce. En 1988, Leder y Stevert, de la Universidad de Harvard, patentaron por primera vez un nuevo animal: un ratón hembra con su código genético manipulado por microinyección de un gen canceroso en su óvulo; el objeto era hacerlo más sensible a los cancerígenos y conocer mejor el desarrollo de tumores. Tastemain ha aludido a los logros en ratones estériles por hipogonadismo hereditario debido a la mutación *hpq*. La restitución de las facultades reproductoras reside en la introducción en su embrión del gen normal correspondiente, y la corrección se comprueba por apareamiento. En este caso ha sido importante la información aportada sobre los mecanismos de expresión y funcionamiento de los genes en el transcurso del desenvolvimiento embrionario.

Hasta ahora, los métodos al uso con la técnica del DNA recombinante, para introducir genes foráneos en una célula no sirven cuando éstos son de gran tamaño o constituyen grupos. Los cromosomas artificiales, construidos experimentalmente por Murray y Szostak, pueden convertirse en valiosa herramienta que solucione este y otros problemas de ingeniería genética.

En España existen ya equipos de investigación cuyo objetivo son los animales transgénicos. Uno de ellos es el del Instituto Nacional de Investigaciones Agrarias —INIA— con sus Departamentos de Producción Animal y de Patología. Según Martín Rillo, los trabajos sobre animales transgénicos comenzaron tras un convenio con el Departamento de Agricultura estadounidense. Una de las líneas de investigación, enfocada hacia la resistencia a la enfermedad, ha consistido en inocular el gen de la hormona somatotropa en embrión de cerdo. El primer ratón transgénico español fue conseguido por Esponda y Gómez Lahoz, del Centro de Investigaciones Biológicas de CSIC. Para Sebastián faltan aún pruebas suficientes para evaluar resultados. Además, todo colabora a que los procesos experimentales sean costosos y los inconvenientes múltiples: reproducción lenta, trastornos de salud, desequilibrios endocrinológicos, menor longevidad...

El trasplante de genes será en los días venideros una apreciable ayuda en la patología genética. A este respecto, Rosenberg, Anderson y Blaese han utilizado en los tratamientos unas células llamadas *tils* o *tumor-infiltrating lymphocites*. Los *tils* clonados e inyectados a pacientes cancerosos hacen descender los tumores significativamente. Para seguir su marcha intracorpórea se emplea como marcador el gen del colibacilo resistente a la neomicina, el cual se introduce en un virus y se implanta en los *tils*. En los pacientes sometidos a tratamiento se separan periódicamente trozos de tejido tumoral y se comprueba su resistencia a la neomicina, que en caso positivo quiere decir que los *tils* han alcanzado la meta deseada. A base de estas técnicas, tan relacionadas con la transgénesis, se espera sea pronto asequible la producción de interleuquina 2 y del factor de necrosis de tumores y, por supuesto, el reemplazo de genes defectuosos por otros normales. Si se toman medidas, con miras éticas plausibles, los beneficios para la humanidad superarán los riesgos.

Actualmente, en todo el mundo existen de cuarenta a sesenta especies de animales transgénicos, tales como ratones, cerdos, ovejas, etc.; otras posibilidades están en producir enzimas, proteínas y distintas substancias. La transgénesis se ha empleado para corregir ciertos trastornos patológicos y malformaciones, como el enanismo. Según se ha apuntado anteriormente, empieza a experimentarse su aplicación en el tratamiento de enfermedades, sobre todo de inmunodeficiencia en el hombre. Las investigaciones relacionadas con la transgénesis humana se han centrado básicamente, por ahora, en células humanas aisladas —fibroblastos— y en el intento de modificación de células sanguíneas, que si están dañadas provocan anemias hereditarias.

Un ratón hembra con el óvulo inyectado artificialmente con un gen cancerígeno, cuya ficha permanece archivada en la Oficina Federal de Patentes de Estados Unidos, tiene el dudoso honor de encabezar toda una generación de artificiosas especies animales que serán patentadas, algunas de las cuales figuran ya en las listas de espera. Las patentes de nuevos seres vivos se ha convertido en el punto de mira desde el que críticos y defensores esgrimen sus argumentos. Aunque las patentes concernientes a seres humanos han sido rechazadas por la Supreme Court, no ocurre lo mismo con microorganismos y seres multicelulares que incluyen diversos animales. La USA Patent and Trademark Office acepta tales patentes, si bien con la oposición de los grupos que defienden los derechos de los animales, y pretenden su ilegalidad. El Comité Nacional de Ética de Francia y el Comité Consultivo de Ética de la CEE se han pronunciado por la prohibición de transferencias génicas en embriones humanos.

Es preciso percatarse de que esta clase de experimentación está aún en sus comienzos, lo que no quiere decir que se conozcan ya sus indudables inconvenientes morales. El tema es controvertido y la consiguiente polémica inevitable. Es de notar la doble lógica que está llevando a la sociedad moderna por nuevos derroteros en el campo genético: de una parte, la *lógica del sentimiento*, que hace del deseo un absoluto; de otra, la *lógica de la técnica*, que no renuncia a algo factible. Durante millones de años la vida humana ha sido concebida en la cálida oscuridad del seno materno; ahora es conseguida a la fría luz de aparatos mecánicos. Tiende a imperar la idea de que lo realizable técnicamente lo es también moralmente; con lo que, si no se tiene una visión unitaria, es obvio que la ciencia se constituye en criterio ético de sí misma.

Clonación

El concepto de reproducción artificial gemelar, denominado indistintamente *cloning*, clonación y clonaje no es tan reciente como parece. La palabra *clon* procede del griego *klon*, equivalente a esqueje o rama. En los últimos tiempos las informaciones de la ingeniería genética que representa el *clone* —con reproducción genética exacta de un ser— han sido manejadas por publicaciones especializadas de diferentes procedencias.

a) Obtención de gemelos

En el reino animal, especies inferiores como los protozoos se reproducen a manera clónica por autodivisión. A nivel también de bajas escalas zoológicas se da el fenómeno de partenogénesis, el cual corresponde a un tipo de fecundación asexuada que no utiliza el macho para tal empeño.

En conexión con la clonación es significativo relatar como Briggs y King, en 1952, obtuvie-

ron ejemplares de ranas idénticas por introducción en óvulos, de núcleos celulares procedentes del intestino de renacuajos embrionarios. Años más tarde, en 1966, Gurdon, de la Universidad de Oxford, utilizó ranas africanas para los experimentos, mediante el uso también de células intestinales de renacuajo adulto. Trabajos homólogos fueron llevados a cabo por McKinnell. El procedimiento consistía en aislar el núcleo de una célula somática e implantarlo en un óvulo de la misma especie animal desnucleado previamente. El óvulo, transformado así en cigoto, desarrollaba *a posteriori* un ejemplar clónico, es decir, idéntico al que proporcionó la carga cromosómica completa. Eran éstas las primeras reproducciones asexuales, puesto que prescindían de la unión del óvulo con el espermatozoide.

En 1975, Bromhall logró la multiplicación por clones en conejos. Igualmente, se fusionaron una célula —implícitamente no fecundante— de un embrión joven de ratón con un huevo «huero» de ratona; se consiguieron de este modo ejemplares clónicos por Illmense y Marx, de la Universidad de Ginebra. Experimentos semejantes son debidos a Hoppe del Jackson Laboratory en Bar Harbor y, a principio de la década de los ochenta, a McGrath y Solter. En 1986, Williadsen dio cuenta de haber obtenido la oveja clónica.

La clonación es accesible por otros medios. Hoy día la microcirugía ayuda a abordar la división de un embrión que dé lugar a la multiplicación de individuos exactamente iguales. Así, pues, una pareja que se someta, por ejemplo, a una fecundación artificial como la extracorpórea, puede optar por la posibilidad de tener gemelos mediante esta técnica calificada de «fisión gemelar». Si uno de estos embriones se congelara, cabría optar por el nacimiento de gemelos univitelinos con varios años de diferencia de edad entre ellos. En el proceso experimental de «fisión gemelar» se trocea un embrión en partes, de acuerdo con un proceso similar al que naturalmente da origen a gemelos. Los embriones divididos son implantables en el útero, y accesibles de este modo las líneas 2, 4, 8, 16 e individuos idénticos.

Las células somáticas, no reproductoras, poseen íntegro el código genético específico del individuo y son capaces de dividirse, pero no de engendrar individuos nuevos, debido a un sistema represor adecuado. Las células germinales, en cambio, son reproductoras y tienen sólo el código genético simple, pero con el complemento sexual de otro gameto son aptas para después desdoblarse hasta llegar a formar un nuevo individuo. En el ser humano las células no reproductoras o somáticas tienen un núcleo —excepto los hematíes— portador de 43 cromosomas y las células germinales reproductoras poseen solamente 23 cromosomas. En el varón los espermatogonios con 46 cromosomas dan los gametos masculinos o espermatozoides con 23 cromosomas: a través de los espermatocitos primarios de 46 cromosomas por meiosis pasan a espermatocitos secundarios de 23 cromosomas y a espermátidas de 23 cromosomas. En la mujer las ovogonias u oogonias con 46 cromosomas dan los gametos femeninos u óvulos de 23 cromosomas; a través de ovocitos u oocitos primarios de 46 cromosomas, que por meiosis pasan a ovocitos u oocitos secundarios de 23 cromosomas y a ovótidas u oótidas de 23 cromosomas.

La clonación se funda, por tanto, en el hecho de que cada célula constitutiva de un organismo posee todos los cromosomas con las instrucciones genéticas codificadas para el individuo completo. En consecuencia, el animal clónico es una verdadera copia de otro individuo, que se origina con la información genética proporcionada por una sola célula. Para poner en marcha la clonación hay que extraer primero una célula, lo que es fácil; pero aislar el núcleo y trasplantarlo a un óvulo es tarea ardua y requiere tiempo, habilidad quirúrgica e innumerables pruebas. Clónicos significa etimológicamente «individuos genéticamente iguales», porque proceden de un organismo único de reproducción. En el caso del varón el núcleo celular proviene de un hombre; si se toma el núcleo celular de una mujer, entonces el clónico es hembra. Es obvio que el individuo clónico se diferencia del procedente de la vía sexual normal en que, en este último, la fecundación del óvulo se realiza por el espermatozoide del varón, con lo que resulta un individuo original que hereda el patrimonio genético completo, tanto el del padre como el de la madre.

b) Réplica clónica humana

Entre las posibles ventajas surgidas de la clonación se citan las siguientes: un mejor conocimiento del desarrollo embrional; comprender las diferencias de las células; avanzar en la investigación sobre el cáncer. Son admisibles, igualmente, beneficios económicos si se logran reproducir, en condiciones aceptables, animales productores de alimentos que consuman poco y produzcan mucho.

En cuanto al ser humano, se piensa que la clonación —en el sentido de llegar a ejemplares iguales como dos gotas de agua— es por el momento nada más que una especulación, pero, como ha indicado Blanch, accesible, con todos sus preocupantes imponderables. Hasta ahora, ningún laboratorio universitario ni centro privado de investigación han sido autorizados para trabajar con seres humanos; no exclusivamente por el grado de riesgo y polémica científica y moral que significa, sino asimismo por lo costoso de la experimentación.

Ello no quiere decir que no se haya intentado la réplica exacta, gemelar de un hombre. En EE.UU. el temor a continuar los ensayos llevó a interrumpir la vida de un embrión clónico humano a los siete días. Schettles consiguió clonaciones en seres humanos, con obtención de cigotos que se multiplicaron hasta producir embriones. El ensayo consistió en tomar de un varón el núcleo de una célula y a su vez, eliminar el de un óvulo humano; consiguientemente se insertó el núcleo de la célula somática en la germinal. Ulteriormente se comprobó que este óvulo manipulado se comportaba como uno fecundado por un espermatozoide. En efecto, se dividió sucesivamente, y de continuar el proceso hubiese dado lugar, al cabo del tiempo, a un ser humano, que sería la copia exacta del donador del núcleo celular puesto en el óvulo, ya que aquél es portador del patrimonio genético del individuo. La posibilidad de fabricar hombres idénticos en el laboratorio no es, por tanto, un argumento de ciencia-ficción.

Mediante la clonación cabe crear series ilimitadas de personas a partir de un modelo. Si la clonación se lleva a cabo, las próximas etapas podrían ser la partenogénesis —es decir, el desarrollo de un huevo no fertilizado— y la fusión de dos embriones para poder formar un ser humano con cuatro derivaciones biológicas en lugar de dos.

c) Intervencionismo desmesurado

Está demostrado que el organismo viviente es resultado de una compleja interacción entre los genes y el ambiente, y que a ello se han de añadir sucesos imprevisibles que van influyendo en su desarrollo.

En el caso del hombre se halla sobrepuesta la conciencia del yo —el elemento racional—, que actúa como vehículo de lo social. Es sostenible que los genes controlan incluso las formas del comportamiento humano más sofisticadas, y de ahí cabe pensar que pronto estaremos capacitados para localizar y caracterizar a aquellos que específicamente las alteran.

Por el contrario, se han sometido a crítica los intentos de determinar genéticamente características humanas relativamente simples, como el «coeficiente de inteligencia»; las pruebas en favor de una elevada heredabilidad biológica en esa parcela son, en el mejor de los casos, dudosas. Un modelo al que suele prestarse especial atención en ese ámbito es, precisamente, el de los gemelos idénticos, pues se trata de las únicas personas con la misma dotación genética. Lewontin y otros han aclarado que algunas de las principales aportaciones sobre el tema son pura invención, y que los fraudes se remontan a los primeros trabajos.

En definitiva, defienden que el desarrollo biológico de un organismo no es como un programa de ordenador con instrucciones preestablecidas, y aclaran que la singularidad de cada hombre es única, incluso desde el punto de vista biológico. Aunque sus planteamientos no llegan más allá, puesto que permanecen en el terreno científico, sirven, como mínimo, para mostrar la inconsistencia de un cándido determinismo.

En lo que atañe a la *partenogénesis*, es suficientemente conocido que no existe naturalmente en los mamíferos y por ende en el hombre, pero los experimentos de clonación marcan el camino para el acceso a ella. La producción experimental de embriones de seres superiores partenogenéticos se obtiene por actuación singular del óvulo, con ayuda de agentes físicos y químicos. Los ovocitos secundarios pueden duplicarse a diploides con compuestos como la citocalasina, y entonces son homocigóticos; también es factible fusionar dos ovocitos haploides para dar el diploide, con lo que se accedería a formar heterocigóticos. Si el núcleo procede de una célula somática de macho o de hembra se alcanzan embriones partenogenéticos de las clases androgenéticos y ginogenéticos, respectivamente. Al fusionar dos ovocitos de la misma

mujer sucede que el embrión es al mismo tiempo, la hija y la gemela univitelina.

Desde el punto de vista moral, las objeciones contra la obtención de seres humanos por clonación y partenogénesis son de una fuerza tal que, hasta para los más tolerantes, este intervencionismo genético es injustificable. Entre los inconvenientes básicos destacan los conectados con la disminución del *pool* genético, con sus inevitables uniformidad y empobrecimiento por pérdida de variedad en la especie humana. Ítem más cuanto que, como señala Blázquez, los principios de la ley natural son violados en el mayor grado.

Los abusos en este terreno tienden a ser desmesurados: más aún si se llegan a romper las barreras naturales entre la especie humana y la animal. Como es presumible que tales formas de reproducción tengan ciertas implicaciones en el porvenir del ser humano, es recomendable a todas luces la prevención. No conviene olvidar que la presión social, en tantas ocasiones, convierte en usuales prácticas *a priori* inaceptables. Es obligado reconocer, que, en nuestros días, muchas de las connotaciones repulsivas de la manipulación genética en el hombre son prácticamente inexistentes: y numerosos los que no sólo las aceptan, sino que las contemplan como algo natural y habitual. El ir de menos a más es una mera cuestión de tiempo.

Tratamientos de embriones

El hecho de que el juicio sobre la naturaleza del embrión no sobrepase, en ciertos espíritus, la consideración de algo opinable no significa que lo sea. Efectivamente, para unos el embrión es un individuo humano, sujeto de derechos, y para otros es simplemente un producto biológico de la generación; entre estas dos maneras de plantear el problema está en gran parte el porvenir de la civilización. Reducir debate tan fundamental a una querella es una prueba de ligereza: proponer una «moral de incertidumbre» es aumentar la confusión: claridad no es sinónimo de facilidad. Las claridades difíciles, como éstas, requieren la colaboración del pensamiento, acorde con principios inmutables. Conviene tener presente la inviabilidad de un acuerdo, ser consciente de la imposibilidad de llegar a un *consensus* general.

a) Embrión y ser humano

En la conferencia del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas —CIOMS— sobre Política Sanitaria, Ética y Valores Humanos celebrada en los Países Bajos, en junio de 1987, y en la Quinta Cumbre sobre Bioética, en abril de 1988, se redactaron recomendaciones que fueron presentadas a la Conferencia Cumbre de Jefes de Estado —de los siete países económicamente más desarrollados— celebrada en Toronto en junio de 1988. En ellas se preconizaba el fomento decidido de los estudios sobre el genoma humano y de la obtención y difusión de los conocimientos genéticos, pero con la salvaguarda de los derechos e intereses de los sujetos sometidos a tales investigaciones. En particular se señaló que no es justificable la manipulación de ninguna de las células germinales que intervienen en la reproducción, lo que podría originar que se transmitieran daños a la eventual descendencia del embrión, con el consiguiente cambio en el patrimonio genético.

Como ha expuesto Morazewski, datos biológicos, combinados con las razones filosóficas, proveen de argumentos que concluyen claramente en la personalidad humana del embrión y del feto. El producto normal de la fecundación del óvulo humano por esperma humano —el cigoto— es un organismo totalmente individualizado; un *Homo sapiens*. La singamia equivale, pues, desde el punto de vista de la programación a una entidad, una unidad, una vida distinta que va a prolongarse después del nacimiento, que es cuando se alcanza la autonomía espacial o física. Desde el comienzo del cigoto humano, y, subsecuentemente, en el embrión y en el feto, hay verdadero organismo; no diferente, esencialmente, del ya nacido ni de la persona adulta.

Estos entes son personas humanas en diferentes estadios de un desarrollo, durante el cual las características estructurales y funcionales, normalmente asociadas con la personalidad, empiezan a manifestarse en forma creciente.

El *status* moral del embrión humano es, por tanto, el de una persona, y no cabe hacer más distinciones durante el curso de su desarrollo *in utero*, que aquellas que tienen por objeto el marcar diferencias anatómicas específicas.

El embrión humano es un organismo que lleva en sí todo lo necesario para organizar su propio crecimiento, multiplicación y diferenciación, con

tal de que le sea suministrada la nutrición y el ambiente idóneo.

La individualidad y personalidad del embrión humano descalifica la postura de quienes dicen que es una porción de la madre: «mi cuerpo es mío» es un *slogan* simplemente anticientífico. Como ha indicado Sgreccia, es errónea la posición de aquellos que parten del presupuesto de que sólo existe sujeto si se comprueba un comportamiento humano, o las de quienes fundamentan la personalidad en la realidad social.

No es acertada la distinción entre vida humana y humanizada: la primera sería la del embrión en cuanto entidad biológica; la segunda correspondería a su consideración como persona por la sociedad. En ningún caso es aceptable que sea la humanidad la que humaniza: estaríamos según Tettamanzi en el paso de la sociedad del derecho a la del deseo.

Para algunos, el acotamiento de un período prehumano es el modo de resolver el conflicto moral, provocado por la circunstancia de que ciertos procedimientos anticonceptivos funcionan como abortifacientes. La presión combinada de los legitimadores de la anticoncepción abortiva, y de los defensores de la experimentación con embriones humanos, llevó a la Asociación Médica Mundial a introducir, en 1983, un cambio en el texto de la Declaración de Ginebra de 1948, que deja a libre decisión de médicos y legisladores la fijación del momento del inicio de la vida humana; de este modo la Ética, arrastrada por el Derecho, pasa a ser algo relativo y no absoluto.

En España, los puntos de mira oficiales acerca de la fecundación artificial llegan a rebasar, por su permisividad, los límites marcados por las disposiciones más tolerantes y materialistas de otras naciones. La Ley española abarca, entre otros, el aspecto fundamental de la existencia de un supuesto preembrión.

Prudentemente, la Comisión de Ciencia y Tecnología del Consejo de Europa de Strasburgo invitó, en noviembre de 1988, a la elaboración de una legislación que asegure que todo acto médico o científico sobre embriones se efectúe con respeto a su conducción humana.

Pese a todo, la inviolabilidad de la vida ha sufrido —y sufre— duros ataques en su flanco más débil: la iniciación de la vida humana. El comienzo del individuo es trasladado por amplios sectores científicos y sociales, del momento de la fecundación a aquel en que el embrión completa las dos semanas.

Hay quién, con no poco sentido común, se ha preguntado cómo es posible que la misma gente que acepta el sacrificio de un feto apruebe unas normas que limitan a catorce días la edad de los embriones sometidos a experimentación. La explicación es sencilla, ya que el valor del embrión y del feto y la consiguiente asignación de derechos depende de lo que los guardianes de la sociedad tienen en cada caso a la vista: el aborto o la fertilidad.

No es fácil encontrar un ejemplo más demostrativo de relativismo ético abriéndose camino hacia la legislación. El artificioso concepto de preembrión puede suponer un descargo de conciencia para la manipulación de embriones, pero moralmente es inaceptable, y abundan las razones científicas que lo invalidan, entre ellas las que se refieren a continuación:

a) La formación del cigoto o huevo fecundado supone una modificación decisiva y radical, puesto que cuenta con las especificaciones genéticas codificadas y posee, por tanto, todas las potencialidades para el desarrollo de un nuevo ser humano.

b) Es afirmable que en la fase de dos células el embrión ya ha activado buena parte de sus genes y, por tanto, su genoma está en actividad durante el período anterior a las dos semanas.

c) Aceptar que inmediatamente después de la fecundación existe un nuevo ser humano no es, pues, una mera hipótesis metafísica, sino una evidencia experimental.

d) Los datos científicos fehacientes señalan que no hay una fase posterior a la formación del cigoto a partir de la cual se pueda señalar el comienzo de la humanización del embrión.

e) La cresta neural o surco natural no es imprescindible para considerar la presencia de un individuo; por otra parte, desde los primeros días existen ya células con actividad nerviosa.

f) El momento de la implantación del embrión en el útero no es plazo válido, ya que la anidación —mecanismo inexistente en la mayor parte de las especies animales— no añade nada a la programación del nuevo ser: recuérdense además los embarazos extrauterinos.

g) Las células indiferenciadas permiten que en los primeros momentos se produzcan pérdidas ocasionales de algunas; una de ellas, al no actuar los mecanismos represores, puede multiplicarse y dar lugar a otro ser gemelo uniovular

o univitelino, el cual es otra vida individualizada y distinta.

h) La fusión de gemelos o *quimerismo* tampoco es argumento convincente. Son dos individuos diferentes y cabe que uno de ellos, en las fases más tempranas, pueda desarrollarse a expensas del otro, que no puede continuar y muere. En períodos más avanzados también está dentro de lo posible que se encuentre en situación extrema de competencia respiratoria y nutritiva con el que sobrevive. Un hombre no lo es menos cuando no tiene recursos para subsistir; la disminución de sus posibilidades de sobrevivir no afecta a su identidad.

i) El cigoto, en suma, no representa simplemente una oportunidad vital, sino una vida plena de ocasiones. El *nasciturus* entraña un insoslayable imperativo: ha de nacer.

b) Experimentación embrionaria

En nuestro tiempo se tiende a controlar el número de descendientes y se cumplen amplios programas a favor de la contracepción, la esterilidad, el aborto y de la fecundación extracorpórea, que tan a menudo en las relaciones internacionales condicionan las ayudas económicas. Son, pues, tiempos plenos de llamativos contrasentidos. Es de repetir que sobre el embrión, por su condición de ser humano, no caben ni la experimentación, ni la interrupción de su desarrollo, ni su desecho cuando sobre o no evolucione de modo favorable. La vida del hombre, su dignidad, no debe depender de los criterios científicos, filosóficos o jurídicos de cada momento.

Un grupo de científicos ingleses pretendió, en 1985, elaborar una ley que autorizara el uso experimental de embriones con menos de catorce días. Su petición la fundamentaban en que así cabría poder llegar al conocimiento y terapéutica de diferentes trastornos genéticos. A este propósito, Lejeune declaró ante el Parlamento británico que en un embrión del citado tiempo no es posible analizar una disfunción del cerebro, ya que no está formado todavía; ni una alteración de la coagulación, porque no están diferenciados aún los órganos que originan las células sanguíneas; ni una anomalía de los músculos, que solamente aparecerán semanas más tarde. La réplica a estos razonamientos no se ha producido, como era de esperar.

En 1987, el gobierno del Estado de Victoria, en Australia, autorizó, mediante ley, la destrucción de embriones durante el primer día después de la fecundación. En general, las disposiciones oficiales que atañen a los embriones humanos y a la experimentación y uso de los mismos suelen ser tolerantes, si bien aliviadas por otras parcialmente restrictivas, como las recomendadas por la Cámara de Médicos de la Alemania Occidental. A este tenor, está claro que unos ponen en plano preferente el respeto al embrión y a sus derechos potenciales, y otros guían sus decisiones por el imperativo tecnológico. Lamentablemente son menos los que se inspiran en criterios de respeto y más los que aplican normas de utilidad.

Sin embargo, todo ser humano microscópico o macroscópico, niño, adulto o anciano, ostenta una dignidad y unos derechos. Posee un valor objetivo, no sólo el percibido subjetivamente, sino también el intrínseco. Es, en consecuencia, un deber de la Ley proteger al ser humano, independientemente del estadio de crecimiento. La manipulación de embriones impide que se realicen una notable proporción de vidas humanas si aquéllos no anidan o no se implantan en la transferencia múltiple, lo que equivale a auténticos abortos microscópicos.

En la actualidad, con motivo de la expansión de las técnicas de fecundación artificial, se producen gran cantidad de óvulos fecundados, en diversos estadios de desarrollo embrionario. Gran parte son destruidos a partir del momento en que no es segura su supervivencia e implantación, pero muchos otros son manipulados para análisis avanzados, experimentación varia y tratamientos de vanguardia.

Quienes legitiman estas prácticas se basan en un supuesto beneficio de la especie humana considerada como un todo; se argumenta, además, que a nivel embrionario la propia naturaleza es prolija en tanteos de ensayo y error. En concreto, en el destino de embriones residuales son destacables tres posturas: la que condena las técnicas de instrumentación de embriones sean cuales fueren; la que asigna a los embriones la finalidad de transferencias y ensayos genéticos, y la ambigua, que aconseja el uso de embriones residuales y deja al criterio y deontología del profesional el límite en el campo experimental.

A este respecto, cabe añadir que solamente cuando haya consentimiento previo de los padres y la seguridad de que no se dañará al embrión ni

a la madre podrá pensarse en una intervención como consecuencia de un diagnóstico prenatal. Los embriones no deben nunca exponerse a riesgos, aunque se aluda a cuestiones tan aparentemente lícitas como su curación; su vida y su integridad están por encima de todo.

Las técnicas de congelación de embriones son un símbolo del deslizamiento de la relación padres-hijo hacia otra del tipo de la que se da entre el productor y su producto.

El uso de embriones para fines comerciales fue denunciado, en 1974, por Littshfield y Kentish (cfr. cap. 9). Miembros del Parlamento Europeo, han aportado revelaciones significativas, en las que se da cuenta de intrincadas redes de intereses económicos. Los intercambios comerciales de tejidos embrionarios y fetos han conducido a la creación de bancos de conservación, proveedores de numerosos laboratorios de embriología, en contacto con la industria de cosméticos, la confección de compuestos supuestamente terapéuticos y con centros que ejercen actividades meramente especulativas. Girardon ha informado acerca de las investigaciones proclives a emplear tanto los embriones vivos como los de reserva.

La creación de bancos de embriones permite, entre otras cosas, que si de la primera trasferencia no se obtiene embarazo, se proceda a una segunda, sin necesidad de someter a la paciente a una repetición de laparoscopia. Incluso, habiendo éxito en el primer intento, es opcionable el tener más descendencia; en esta línea se ha llegado a actitudes disparatadas ya eludidas, como la gestación de mellizos con amplia diferencia en sus fechas de nacimiento al emplear, en diferentes períodos, embriones congelados de la misma procedencia.

En el uso de embriones congelados se ha sugerido la práctica de biopsias de los mismos. Las muestras se cultivarían con vistas a obtener un cariotipo que condicionaría la transferencia embrionaria a su normalidad; de este modo se intentan anular las taras cromosómicas.

Flamigni, de la Universidad de Bolonia, ha declarado que está dentro de lo realizable tener un útero separado del cuerpo humano e implantar en él un embrión, para que se desarrolle y viva como si estuviera en el seno materno. Es lo que se denomina embarazo extracorporal: una ectogénesis inaceptable para el hombre, ya que tales procederes rebasan las fronteras de la intangibilidad humana. Pero los hechos son así porque las comisiones éticas no se ocupan, en general, del carácter ontológico del embrión, y atienden al modo material más correcto de usarlo.

La crioconservación de embriones implica que se conserven a bajas temperaturas durante meses e incluso años. Con arreglo al *Waller Report* de Melbourne, en Australia, el proceso daña a la mayor parte de los embriones. En el mismo país el equipo de Wood y Trounson, de Sidney, aporta datos que cifran el índice de éxito de utilización en un 18 por ciento. Lefranc, de la Universidad de Nantes, ha concretado sus estadísticas en un desecho de 98 embriones humanos por cada dos nacimientos mediante fecundación artificial.

En el Congreso Internacional de Helsinki, en 1985, se hizo un estudio de conjunto sobre la manipulación de los embriones humanos que revela sobrecogedoras pérdidas. Se ha escrito mucho acerca de las lesiones que sobre los embriones ocasionaría el frío. Pero, en contraste, se omiten las repercusiones de otras finalidades completamente distintas, que no se miden con termómetro: las de una cruda realidad, con la que se desvía a los embriones humanos de su finalidad propia.

c) Hibridaciones y otros hechos

Algunos experimentos con embriones, interesantes científicamente, podrían hacerse con monos, pero un argumento económico, del que se habla poco, lo dificulta: el embrión del primate cuesta caro, mientras que el del ser humano es prácticamente gratuito. En efecto, el uso de embriones de mono es, paradójicamente, más oneroso que el de los humanos; a estos últimos acceden desenfadadamente investigadores que los clasifican como material de laboratorio no discriminable.

En conexión con ello se ha solicitado, en el Reino Unido, autorización oficial para implantar embriones humanos en animales, y en otros países, se ha puesto en marcha esta línea de investigación.

La Asociación Europea de Investigación Médica aprobó en 1981, en principio, los trabajos efectuados en Suecia sobre fertilización de un huevo de mono hembra con otro de diferente especie animal. Al procurar los embarazos entre especies diferentes, se piensa seriamente en hacer aceptar, por un animal portador, los embriones de especies amenazadas de desaparición.

Aunque no hay unanimidad, la repulsa es considerable en lo que afecta a la implantación de embriones humanos en úteros de animales; tal reprobación no impide que los científicos sigan en sus intentos de gestaciones de las características apuntadas.

Con motivo de los intentos de producción de híbridos de chimpancé y hombre, tanto Sgreccia como Chiarelli, de las Universidades de Roma y Florencia, respectivamente, han manifestado que tales hechos experimentales representarían una pesadilla real para la humanidad. En términos análogos se han pronunciado Dupuy, de la Academia de Derecho Internacional de La Haya. Gerin, del Instituto de Derechos del Hombre de Trieste, distingue jurídicamente entre las manipulaciones correctivas y las de tipo alternativo: las primeras se proponen remediar carencias biológicas; las segundas pretenden cambiar el capital biológico, incidiendo sobre la propia personalidad a corto y largo plazo.

Los experimentos sobre hibridación están actualmente extendiéndose, pero todavía no se conocen resultados definitivos por no estar autorizadas oficialmente las fertilizaciones mixtas; aunque tampoco existan leyes que las prohíban por el momento. El gobierno de la ex República Federal Alemana proyecta una ley para la protección de los embriones humanos que tiende a impedir, entre otros excesos, la obtención de híbridos de humanos y animales.

Gedda ha criticado a los científicos que emplean seres humanos con fines experimentales y en su lugar propone la implantación de cigotos fertilizados, exclusivamente en animales. Sin embargo, otros científicos indagan sobre los modos de impedir el rechazo de los fetos de los úteros maternos y utilizan embriones humanos para un mejor conocimiento del desarrollo prenatal.

La propuesta de implantar un embrión humano en un animal muestra que se está ya, de manera definida, en una fase de experimentación que todo ciudadano que respete la libertad humana debe condenar. La consecuencia lógica, demencial para Chaouat, es que, a pesar de los pesares, se continúe (cfr. cap. 9).

No sobra, pues, el reiterar que la fecundación artificial, aparte de los problemas éticos que implica por sí misma, puede llevar inherente esta clase de experimentos denigrantes; hasta el punto de que, en un futuro se fabriquen seres humanos en serie e híbridos entre hombres y animales.

Preocupado por el tema, el Parlamento Europeo ha convocado a los mejores expertos en Biogenética, y la Comisión Ética de la Asociación de Médicos Europeos ha prevenido a los parlamentarios de la CEE contra la obtención de híbridos entre la especie humana y monos superiores, o la selección de espermios y cigotos para la producción de individuos de sexo prefijado. No hay motivos científicos, antropológicos o sociales que justifiquen la creación de hominoides.

Es razonable y lógico que a muchos, y particularmente a los investigadores, les preocupen estas líneas de trabajo experimental, puesto que cualquiera que sea la perspectiva desde la que se contemplen, su destino es siempre suscitar candentes problemas éticos.

Sus valedores indican que los avances sobre la interacción entre especies animales diferentes —con genes humanos— proporcionarán información sobre la capacidad de penetración del esperma; si bien, prudentemente, recomiendan que la experimentación no sobrepase las fases iniciales de la división de la célula.

El injerto de células humanas en cerebros enfermos con fines terapéuticos parece ser una realidad desde que Björklund, en 1982, lo intentó en pacientes aquejados de la enfermedad de Parkinson, según se dio cuanta en el V Congreso Europeo de Ciencias Neurológicas de Marsella, en 1986.

Paralelamente se han llevado a cabo trabajos, fundamentalmente en ratas, ratones y primates, en los que se reproduce experimentalmente el síndrome parkinsoniano. De esta forma se han efectuado ensayos interespecies, al trasplantar a los animales células de embriones humanos.

En los injertos en cerebro se ha utilizado material procedente de embriones, recientes o conservados, de niños anencefálicos mantenidos con *respirator* y de fetos de embarazos provocados. Caplan, del Center for Biochemical Ethics de la Universidad de Minnesota, y Willke, del National Right to Live Comittee, han salido al paso con normas deontológicas tendentes a evitar el comercio de embriones y fetos, hasta en los casos de donaciones legales.

Lo referido no anula tal terapéutica, siempre y cuando el material provenga de abortos espontáneos y de anencefálicos fallecidos naturalmente. Para Jaroff los trasplantes de tejidos embrionarios y fetales plantean, una vez más, dificultades morales múltiples, ya que incluso el material de procedencia idónea es susceptible de graves defectos genéticos (cfr. cap. 9).

d) Riesgos potenciales y actuales

Dado que es una evidencia científica que la vida comienza en el momento de la fecundación, es un deber reflexionar sobre las consecuencias de subordinar la vida de unos seres humanos a los deseos de otros. Hay que insistir, hasta lo tautológico, en que no es tolerable que los embriones humanos sean tratados como objetos de investigación. Todo ello puede llegar a significar la completa negación de cualquier texto básico que garantice una sociedad democrática: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Tratado de Roma, la Constitución de la mayoría de los países, el Juramento Hipocrático, etc. Equivaldría a un neto retroceso en la sofisticada civilización occidental.

Es de prever que en los años venideros la tensión entre Ética y técnica las separe cada vez más, por lo que a las gentes en general, y a los científicos en particular, no les faltarán oportunidades para demostrar su fibra moral.

García Cantero piensa que nos encontramos frente a amenazas potenciales y actuales que jamás hayan pesado tanto sobre la familia, como institución, a lo largo de la Historia. Tal situación preconiza dos diferentes posturas éticas: el utilitarismo y el humanismo metafísico; con diáfana tendencia hacia el primero. Ante tales perspectivas, Simen ha marcado los límites: no sacrificar la dignidad de las personas al supuesto provecho de generaciones futuras; impedir un desarrollo que transforme irreversiblemente la imagen del hombre; evitar que la transferencia de masa hereditaria en el hombre se deba a procesos casuales sin posibilidad de control.

La investigación en el terreno concreto de la experimentación embrionaria lleva implícita la instrumentación de la persona humana. Con el planteamiento básico, impresentable a ojos vista, de que el hombre es sólo la mera suma de sus factores hereditarios, estamos frente a arduas cuestiones de todo tipo.

Es de rigor resumir que sobre el embrión humano carecen de derecho los manipuladores —incluyendo los padres— para someterles a tratamientos que, aparte de otros razonamientos, pueden conllevar su eliminación o deterioro. Es más, aun admitiendo que las cifras de pérdidas y malformaciones sean homologables con las de gestaciones normales, el problema no es de cantidad y sí de calidad.

En efecto, las condiciones en los dos procesos no son equiparables; en un caso, se trata de una intervención caprichosa del experimentador; en el otro, es el resultado de una unión entre esposos legítimos. Sin pretender dramatizaciones, no es superfluo hablar aquí de extorsión y genocidio; lo cual resulta paradójico en los momentos que vivimos de defensa a ultranza de la abolición de la pena de muerte, en la que coinciden en mayoría considerable agnósticos y creyentes del mundo occidental.

En cuanto al dilema planteado por los embriones conservados, éste se clarifica al extrapolarlo a un ser adulto. No hay, que sepamos, legislación que tenga la audacia de autorizar la hibernación de un individuo durante un tiempo indefinido —sin su permiso previo—, con el riesgo de muerte y de traumas físicos o psíquicos, o de ambos conjuntamente.

Esperanzadamente son de citar los acuerdos de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que atañen a las prohibiciones que se relacionan a continuación: comercio y usos con fines industriales de embriones y fetos humanos o sus componentes biológicos; creación de seres humanos idénticos por clonación, con fines o no de selección de raza; implantación de embriones humanos en el útero de diversas especies animales o a la inversa; fusión de gametos humanos con los de otras especies animales; producción de seres humanos en el laboratorio.

Para nutridos sectores sociales, el manipular con embriones humanos, interferir en su naturaleza y eliminarlos a voluntad, se califica como humanitario, progresista y favorecedor de la ciencia. En puntos tan cruciales resaltan contradicciones palpables, por lo que es muy importante la exposición de las claves morales que permiten colocar al mundo en sus verdaderos ejes, y de las coordenadas que posibilitan recobrar su perdido equilibrio. Con arreglo a la ley natural es obligada la defensa del embrión humano en su dignidad; se trata de afirmar que debe ser siempre el resultado del amor de los padres, y de luchar para que se reconozcan sus inalienables derechos.

Bibliografía

ANSON, J. R.: *Se fabrican hombres,* Madrid, Rialp, 1988.

BLANCH, M.: «Clonage des mamifères: le "meilleur des mondes" est-il pour demain?», en *La Recherche*, 121, 1981, p. 482.

BLÁZQUEZ, N.: *La manipulación genética,* Madrid, Cuadernos BAC, Editorial Católica, 1984.

BROWN, T. A.: *Gene cloning*, Londres, Van Nostrand Reinhold International, 1986.

Genetics. A molecular approach, Londres, Van Nostrand Reinhold International, 1989.

CHAOUAT, G.: «La defensa del feto contra su madre», en *Mundo Científico,* 6, 60, 1986, p. 718.

DUNNET, S. B., BJÖRKLUND, A.: «Injertos en el cerebro», en *Mundo Científico*, 7, 69, 1987, p. 512.

GARCÍA CANTERO, G.: «Las nuevas formas de reproducción humana ante el Derecho Natural», en *Verbo*, nn. 241 y 242, 1986.

GIRARDON, J.: «Manipolari embrioni hummani», en *Nueva Science*, 10, 80, 1983.

GLOVER, D. M.: *Gene cloning,* Londres, Chapman & Hall, 1984.

HOUDEBINE, L. M.: «Los animales transgénicos», en *Mundo Científico*, 7, n. 71 especial, 1987, p. 782.

JAROFF, L.: «Steps toward a Brave New World», en *Time*, 28, 1987, p. 40; «The Gene Hunt», en *Time*, 12, 1989, p. 58.

LEWONTIN, R. C.; ROSE, E., KAMIN, L.: *No está en los genes,* Barcelona, Crítica, 1987.

LITTSHFIELD, M., y KENTISH, S.: *Babies for Burning*, Londres, Serpentine Press, 1974.

MARX, J. L.: «Three mice cloned in Switzerland», en *Sciencie,* 211, 1981, p. 375.

MURRAY, A. W., SZOSTAK, J. W.: «Cromosomas artificiales», en *Investigación y Ciencia,* 136, 1988, p. 26.

OLIVER, J. L.; RUIZ REJÓN, M.: *Perspectivas en genética*, Madrid, Rueda, 1989.

SANTOS RUIZ, A.: *Instrumentación genética*, Madrid, Palabra, Libros MC, 1987.

SCHETTLES, L. B.: «Diploid nuclear replacement in mature ova with clevage», en *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 133, 1976, p. 22.

SGRECCIA, E.: *Manuale di Bioetica,* Milán, Ares, 1986.

SIMEN, R. H.: «Técnica genética, Derecho y Moral», en *Deustcher Forschungsdienst*, XVII, 7, 1986, p. 1.

SMITH, J. E.: *Biotechnology,* Londres, Edward Arnold, 1988.

SMITH, J. M.: *Evolutionary genetics*, Oxford, Oxford University Press, 1989.

TASTEMAIN, C.: «Transplante de genes para curar ratones estériles», en *Mundo Científico*, 7, 69, 1987, p. 536.

TETTAMANZI, D.: *Bambini fabricati,* Casale Monferrato, Piemme, 1985.

THOMPSON, D.: «Coming. A Historic Experiment», en *Time*, 7, 1989, p. 38.

VV. AA.: *L'Embrion: un homme*, Lausanne, Societé Suisse de Bioéthique, 1987.

WALLIS, C.: «Should Animals be Patented?», en *Time*, 18, 1987, p. 48.

WILLIADSEN, S. M.: «Nuclear transplantation in sheep embryos», en *Nature*, 320, 1986, p. 63.

WILLIAMS, J.: *Genetic Engineering,* Oxford, IRL Press, 1988.

WOOD, C., TROUNSON, A.: *Clinical* in vitro *fertilization,* Berlín y Nueva York, Springer, 1984.

9. TRASPLANTES DE TEJIDO FETAL

I. Carrasco de Paula y J. Colomo Gómez

Introducción

El Parkinson ha constituido durante muchos años uno de los signos de impotencia médica frente a ciertas enfermedades. En los inicios de la década de los ochenta se vislumbró por fin la posibilidad de encontrar un remedio definitivo por la vía del trasplante. Primero se experimentó con ratas, injertando en el cerebro células procedentes de las glándulas suprarrenales. Después se practicaron experimentos similares en el hombre. Por fin se probó con el injerto de células de origen fetal[1]. Los resultados parecieron satisfactorios, y desde ese momento se sucedieron las investigaciones, extendiéndose la aplicación de tejido embrionario al tratamiento de otras patologías como la enfermedad de Alzheimer, algunos tipos de leucemia, etc. Paralelamente, se comenzó también a realizar trasplantes de órganos, preferentemente en niños, utilizando fetos como donadores.

Los estudios realizados mostraron enseguida la conveniencia de seleccionar más cuidadosamente el tejido para injerto. Por lo que atañe al tejido cerebral, se ha comprobado que la supervivencia de las neuronas depende en buena parte del grado de inmadurez: las mayores probabilidades de éxito del trasplante se dan cuando las neuronas embrionarias han acabado de dividirse —en caso contrario, se comportan como un tejido tumoral—, pero antes de que se haya iniciado el crecimiento de los axones. Por los experimentos realizados hasta ahora, estas condiciones parecen cumplirse entre la 8.ª y la 10.ª semana de vida del embrión[2]. De ahí que, junto a los fetos procedentes de abortos espontáneos, se haya recurrido a otros obtenidos por aborto voluntario e, incluso, con objeto de lograr tejidos en óptimas condiciones, alguno ha propuesto programar el momento y la técnica abortiva en función del trasplante.

Desde un punto de vista clínico, el uso con fines terapéuticos de elementos embrionales no constituye una novedad. Ya desde los años 30 se habían empleado cultivos de tejido fetal en algunas investigaciones virológicas y en la producción de vacunas. Células del timo y de la médula ósea habían sido también injertadas con buenos resultados en pacientes que padecían algunas formas de leucemia y cuadros de aplasia medular. En los años 70, con carácter experimental, se inició el tratamiento de enfermos diabéticos insulino-dependientes mediante el injerto de tejido pancreático fetal. Las recientes pruebas con elementos neuronales han confirmado, pues, que los tejidos embrionarios pueden abrir nuevas vías terapéuticas.

Las células, tejidos y órganos fetales presentan diversas ventajas clínicas: crecen rápidamente, se adaptan con facilidad y, convenientemente tratados, casi no provocan reacción inmunitaria en el receptor. Además, en el caso del trasplante pediátrico, esos órganos poseen las dimensiones anatómicas apropiadas. Aunque no hay datos a nivel mundial, los estudios realizados en EE.UU. concluyen que cada año podría salvarse en ese país alrededor de 1.500 niños si se dispusiera de medios para realizar los oportunos trasplantes con órganos fetales[3].

Obviamente, estas nuevas perspectivas tera-

[1] Cfr. MADRAZO, I., et al., «Transplantation of fetal subtantia nigra and adrenal medulla to the caudate nucleus in two patients with Parkinson's disease», en *The New England Journal of Medicine,* 318, 1988, p. 51.

[2] Cfr. GUSTAV, B., «Fetal brain, transplantation for Parkinson's disease: technique for obtaining donor tissue», en *The Lancet,* 11-III-1989, p. 565.

[3] Cfr. SGRECCIA, E.; SPAGNOLO, A., «Il feto umano como donatore di tessuti e organi», en *Medicina e Morale*, 6, 1988, pp. 843 y ss.

péuticas plantean una serie de interrogantes éticos que, en estos momentos, constituyen quizá uno de los problemas más graves con los que ha topado la Medicina moderna. Aunque existen diversos pareceres sobre el tema, en general se conviene en la necesidad de actuar con la máxima cautela, a la vez que se está tratando de encontrar soluciones alternativas, como podría ser, por ejemplo, el cultivo de tejidos fetales. En las páginas que siguen trataremos de examinar las dos cuestiones más urgentes, es decir: los conflictos éticos ligados a la adquisición y empleo de elementos fetales y la hipótesis del uso del niño anencefálico como posible donador de órganos.

El conflicto ético de los injertos de origen fetal

De las breves consideraciones que hemos hecho hasta ahora se desprende que la posibilidad de utilizar embriones como donadores de órganos y tejidos plantea problemas muy serios. En un primer análisis, parece que la cuestión podría afrontarse como un caso particular de la problemática ética más general que propone cualquier trasplante. Si, observando ciertas condiciones[4] es lícito el explante de tejidos y órganos en un adulto, no se ve ningún motivo *a priori* por el que no sea éticamente correcto realizar la misma intervención en un feto, siempre que se guarden los requisitos exigidos por las peculiaridades del donante.

Desde un punto de vista tanto clínico como moral, ante un feto procedente de un aborto espontáneo o de un aborto indirecto[5], el primer punto que debe tenerse en cuenta es el estado vital: 1) si vive y es viable, debe hacerse todo lo posible por salvarle; 2) si no es viable, habrán de aplicarse las medidas y curas paliativas del caso, suspendiendo o no iniciando ningún otro tipo de intervención referida al trasplante, mientras no se haya diagnosticado con certeza la muerte del feto[6]. Además, deberán observarse también las siguientes reglas generales de Ética Médica:

a) La intervención ha de ser necesaria: debe por tanto reservarse para casos graves que no pueden resolverse con un procedimiento terapéutico más sencillo.

b) La técnica aplicada tendrá que haber sido suficientemente experimentada en animales, de acuerdo con los estándares establecidos por las normas clínicas y deontológicas.

c) Debe constar el consentimiento informado por parte del receptor o de sus familiares, y por parte de los parientes del donante: no pueden usarse tejidos de un feto cuya madre, convenientemente advertida, no haya otorgado la correspondiente autorización.

d) No debe mediar ninguna retribución económica ni ventaja de ninguna clase. Por ejemplo, si debe practicarse una histerectomía para eliminar un tumor, la intervención quirúrgica no debe ser favorecida porque la madre haya consentido en la donación del feto. Este requisito es especialmente grave por la absoluta indefensión del embrión.

e) El equipo que practica la intervención de la que indirectamente se va a seguir un aborto que no se puede evitar ha de ser distinto del que después realizará el injerto o trasplante. Esta norma tiende a prevenir que el interés por el trasplante pueda condicionar de algún modo la acción médica sobre la madre y sobre el feto. Sería absolutamente inadmisible, por ejemplo, que una histerectomía se aplazase hasta el momento en que el feto hubiera alcanzado el grado de madurez más conveniente para su uso como donador. Normalmente ese tipo de intervenciones se retrasan para intentar salvar la vida del feto, no para servirse de él.

[4] Entre las condiciones éticas del trasplante de cadáver, en general deben tenerse especialmente en cuenta (además de la proporción entre el riesgo de la operación y el beneficio terapéutico, y la suficiente experimentación previa) el consentimiento informado por parte del receptor y del donante o de sus familiares, la gratuidad de la donación y el diagnóstico previo de muerte, realizado por un equipo médico diverso del que opera el trasplante.

[5] Por aborto indirecto se entiende el que se produce como consecuencia inevitable, en sí misma no querida, de una medida terapéutica necesaria, aquí y ahora, para salvar la vida de la madre, como es el caso de la salpingectomía en el embarazo extrauterino o de la histerectomía indicada en presencia de un carcinoma de útero.

[6] Casi unánimemente se acepta, y con razón, que un feto sin vida debe ser tratado con la misma deferencia que el cadáver de un hombre adulto. El principio se encuentra expresamente afirmado en el importante documento *Donum vitae*, publicado el 22-II-1987 por la Congregación para la Doctrina de la Fe (cfr. cap. 10). A la misma conclusión se llegó en el Simposio, organizado en diciembre de 1986, por el Centro de Ética biomédica de la Facultad de Medicina de la Case Western Reserve University, en Cleveland. En el mismo sentido se interpreta la orden emanada por el Ministerio de Sanidad de Italia (marzo 1988) y la propuesta de ley presentada en Suecia (julio 1990) sobre el modo de tratar a los fetos procedentes de aborto; así como las normas de la Recomendación 1046 (1986) del Consejo de Europa.

El problema ético más grave nace del hecho de que existen otras posibilidades de adquisición de material embrionario, con implicaciones éticas completamente distintas de las que ordinariamente se plantean en el campo de los trasplantes. El donante adulto, por ejemplo, es siempre una variable clínica imprevisible, en el sentido de que no cabe ninguna intervención médica hasta que no se produzca la muerte y ésta, obviamente, acaece siempre como un evento natural que el clínico ni provoca ni acelera, ni mucho menos programa. En el caso del feto, en cambio, la Medicina actual dispone de la tecnología necesaria para procurarse donantes, tanto porque con los procedimientos de reproducción artificial es posible fabricar embriones para fines experimentales o terapéuticos como porque la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo ha creado una fuente abundante y a bajo costo de material fetal.

El problema ético es gravísimo y relativamente nuevo: el único precedente histórico reciente ha sido la utilización de prisioneros para la experimentación clínica en los campos de concentración nazis o, seis o siete siglos más atrás, la condena de algunos delincuentes a morir en la mesa de vivisección.

Una noticia difundida por la prensa en 1987 contribuyó a que se tomara conciencia de la atrocidad del problema: una mujer pretendía ser inseminada artificialmente para que el feto resultante pudiera usarse como donador en beneficio de su padre, que padecía la enfermedad de Parkinson[7]. Como éste, se han presentado otros dilemas, que se colocan en una zona indefinible entre el ensañamiento y la utopía terapéutica; en concreto se trata de:

1. El abuso de la producción de embriones mediante fecundación *in vitro*, y su posterior empleo como fuente de órganos y de tejidos.

2. Las implicaciones del trasplante de material embrionario procedente del aborto voluntario legal.

3. La posibilidad de realizar un explante de un feto vivo, *in utero*, en la hipótesis de que el niño llegase indemne a término.

Una cuestión previa: el estatuto del embrión

El planteamiento metodológico de los problemas que acabamos de mencionar se encuentra condicionado en su raíz por la cuestión, muy debatida desde el punto de vista filosófico y jurídico, de la naturaleza del feto. La opinión más común reconoce la condición plenamente humana del embrión, una vez que éste se ha implantado en la mucosa uterina, lo que ocurre al finalizar la segunda semana después de la fecundación. En esa etapa del crecimiento intrauterino, el feto presenta ya un grado tal de desarrollo que es imposible no reconocer en él las estructuras orgánicas y funcionales propias del ser humano. Sin embargo, otros datos inducen con certeza a adelantar ese reconocimiento a mucho antes: en efecto, desde el mismo momento en que ha sido concebido, el embrión es ya un ser vivo, autónomo, individual, perteneciente a la familia del *homo sapiens*[8].

Ahora bien, es contrario tanto a los principios fundamentales de la Ética como a la doctrina de los derechos humanos que ninguna instancia pueda arrogarse la facultad de decidir qué condiciones debe reunir un representante de nuestra especie para que le sean reconocidos sus derechos como ser humano. Los derechos fundamentales no son otorgados por otros: provienen de la naturaleza del mismo individuo, independientemente del grado de madurez, o de la edad, o de las capacidades, o de la raza, o de la calidad de vida, etc. Si un viviente es humano —y ese diagnóstico se puede establecer con seguridad, por ejemplo, sobre bases genéticas—, nadie puede negarle el reconocimiento moral «porque no está suficientemente desarrollado» en este o en aquel aspecto. Se podrá discutir sobre las diferencias entre un hombre en estado adulto o en estado embrionario, pero, en uno y otro momento del desarrollo vital, deben ser respetados los derechos personales[9].

[7] Cfr. LEWIN, T., «Medical Use of Fetal Tissue Spurs: New Abortion Debate», en *The New York Times*, 16-VIII-1987, p. 1. También: CLARK, M., et. al., «Should medicine use the unborn?», en *Newsweek*, 14-XI-1987, y CAPLAN, A. L., «Should foetuses or infants be utilized as organ donors?», en *Bioethics*, 1, 1987, pp. 119-140.

[8] Cuando termina el proceso de fecundación o fertilización, con la fusión de los pronúcleos masculino y femenino, el cigoto resultante presenta las siguientes características: 1) es un ser vivo unicelular; 2) dotado de la estructura biológica y del patrimonio genético característico de la especie humana; 3) tanto su citoplasma como su dotación cromosómica se hayan perfectamente individualizados; 4) está sexualmente determinado; 5) es autónomo (posee en sí mismo la capacidad de crecer y de generar otras células), y 6) es capaz de crearse el *hábitat* necesario para desarrollarse y sobrevivir.

[9] La Iglesia Católica confirma y sostiene el principio moral de que el embrión humano debe ser tratado, desde el primer momento de la concepción, con el mismo respeto y consideración que ha de guardarse con la persona (cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe, Instrucción *Donum vitae*, 22-II-1987, I, 1).

Que el individuo humano, desde el inicio de su vida —es decir, desde el momento en que es concebido— hasta su terminación, deba ser tratado de acuerdo con su dignidad de ser humano se traduce en el principio ético absoluto de que nunca y en ninguna circunstancia *(semper et pro semper)*, puede ser rebajado a la condición de cosa, de medio o de instrumento para conseguir otro fin que no sea su propio bien.

Tejidos procedentes de embriones fecundados in vitro

Las cuestiones éticas de alguna manera relacionadas con la fecundación *in vitro* resultan particularmente intrincadas, pues la técnica misma presenta problemas muy graves. En primer lugar, el elevado número de embriones que se pierden, antes y después de la transferencia intrauterina, resulta absolutamente injustificado para los efectivos resultados que se logran. Pero, además, es un contrasentido que un ser humano sea producido por una vía que no respeta su dignidad, y que se presta de hecho a manipulaciones, discriminaciones, comercialización, etcétera[10].

Dignidad de la persona no es una fórmula para bien pensantes, ni una noción vaga e inconcreta (cfr. cap. 2). Significa que la persona es un valor en sí, que debe ser querida en sí misma y por sí misma, y no por motivos extrínsecos a la misma persona, o en virtud de ciertas cualidades particulares que la hacen más deseable o atractiva para otros. Cuando se recurre a las técnicas de procreación asistida, ese principio basilar viene inmediatamente vulnerado, aunque sólo sea por el hecho de que son motivaciones ajenas al neoconcebido —quizá no percibidas conscientemente— las que llevan a tomar la decisión de darle existencia.

En el proceso de reproducción artificial la persona es rebajada a la condición de un objeto manufacturado, no de un ser generado en un acto de amor. De ahí a que llegue a ser producido con unas determinadas características morfológicas o funcionales es sólo un problema de limitación tecnológica, que posiblemente se superará con el tiempo.

Un hijo generado a través de la unión conyugal que expresa el mutuo afecto de los padres, es aceptado en sí mismo como un don de ese amor, aun cuando su organismo resulte dañado o defectuoso; el aborto sería una eventualidad contradictoria. Un hijo producido artificialmente es elegido y seleccionado, no querido en sí mismo: será dado a luz sólo si reúne unas ciertas condiciones establecidas por otros; condiciones que tienden a configurarse según el orden pragmático, y que siguen una lógica que contempla el aborto o el abandono como medio para liberarse del producto defectuoso.

Volviendo a nuestro problema, es obvio que, puesto que la fecundación *in vitro* no es éticamente aceptable, la posible utilización de esa técnica con el fin de fabricar material para trasplante *a fortiori* debe considerarse una gravísima violación de los principios morales más elementales. Podría parangonarse a una forma tecnológicamente sofisticada de antropofagia, con la diferencia de que, mientras ésta se sirve de fragmentos humanos bajo la pulsión de una necesidad primaria, aquélla destruye una serie de criaturas en aras de una paternidad improbable.

El uso de la fecundación *in vitro* para resolver problemas de esterilidad propone un segundo conflicto. Puesto que esa técnica comporta la producción de un número de embriones mayor de los que luego son realmente transferidos al útero receptor, se ha planteado la cuestión de si los embriones sobrantes o supernumerarios, que en cualquier caso están condenados a la destrucción, no podrían ser aprovechados con fines terapéuticos. Naturalmente, se parte del supuesto de que el equipo médico que realizaría el trasplante no habría estado implicado en ningún momento en la fabricación de esos embriones, ni habría habido trato ni relación de ningún tipo, mucho menos de índole económica.

La cuestión es muy tentadora. Pero debe excluirse terminantemente la licitud de una operación de ese estilo. En primer lugar, es muy difícil lograr esa absoluta separación entre la producción de embriones y el uso terapéutico: un equipo médico no pueden ignorar la existencia del otro y, de alguna manera, verse implicado en su trabajo. Por ejemplo, quien haga el trasplante debe saber por qué el embrión que recibe como regalo no ha sido empleado para transferencia intrauterina. Al mismo tiempo, quien se dedica a fecundar embriones puede trabajar con menos sentido de economía si sabe que, al fin y al cabo, lo que él desecha otros podrán aprovecharlo. Por otro lado, el médico no sólo debe actuar rectamente, sino que ha de evitar el menor escándalo o sospecha en sentido contrario: ¿qué se puede pensar de un hospital que ofrece contemporáneamente los servicios de fecundación *in vitro* y de trasplante fetal intercambiando embriones entre uno y otro?

[10] Para examinar con más detalle el problema ético de las técnicas de reproducción asistida, remitimos al capítulo 10 de este mismo libro.

En segundo lugar, deben tenerse en cuenta otras razones de mayor densidad ética, como, por ejemplo, el hecho de que a un embrión generado en el laboratorio se le someta a una ulterior manipulación y se acelere o condicione su muerte de acuerdo con las necesidades de un concreto procedimiento clínico de trasplante[11]. No hay noticia, hasta ahora, de que alguien haya hecho todavía experimentos de este estilo. Pero no hay duda de que quien lo haga cargará una gravísima responsabilidad sobre su conciencia.

Tejidos fetales procedentes de aborto voluntario

El aborto voluntario es uno de los problemas sociales más graves de nuestro tiempo. Para la Medicina constituye un desafío que, de no resolverse conforme a las normas éticas, puede desnaturalizar la identidad y los valores de la profesión médica. El principio de la promoción y salvaguarda de la vida humana y de la integridad de la persona tiene un carácter primario y absoluto; no debe, por tanto, conocer excepciones.

Sin embargo, en EE.UU. cada año se realizan más de 1.300.000 abortos[12], un alto porcentaje, entre la sexta y la undécima semana de gestación, es decir, en el período más adecuado para el injerto de tejido cerebral. Se ha calculado que el material así disponible permitiría realizar unos 90.000 trasplantes, una cifra superior a los casos de enfermedad de Parkinson diagnosticados anualmente, que es del orden de 60.000. De ahí la propuesta de constituir bancos de tejidos embrionarios con el objeto de mejorar la calidad de vida de un buen número de personas.

Estos números no deben hacernos olvidar que estamos hablando de fetos humanos y que el aborto voluntario, aunque haya sido legalizado, es siempre un mal: no basta tolerarlo sólo dentro de ciertos límites muy estrechos, sino que debe hacerse lo posible para eliminarlo por completo. La eventual legitimidad del uso de tejidos fetales provenientes de esa fuente presenta, pues, serias dificultades éticas, ligadas precisamente al hecho de que ningún motivo puede autorizar que se prive de la vida a un ser humano inocente[13].

No es aceptable, por tanto, la opinión de quien, pensando que se puede decidir sobre la vida de un embrión en el seno materno, *a fortiori* no ve mayores dificultades en disponer de él para fines clínicos. No vamos a insistir sobre este argumento, para el que remitimos al capítulo sobre el aborto (cfr. caps. 9 y 12), sino que nos limitaremos a reflexionar sobre la base de que el aborto voluntario y directo es siempre éticamente inaceptable.

El aborto y el uso terapéutico de los despojos fetales son cuestiones en sí mismas diversas. De la ilicitud de lo primero no se deduce necesariamente la prohibición moral de lo segundo, mientras no favorezca ni directa ni indirectamente las prácticas abortivas[14]. Igualmente, de la licitud de una histerectomía para salvar la vida de la madre, tampoco se concluye de modo automático que pueda disponerse del feto como donante de órganos. Es aconsejable no recurrir ni a uno ni a otro caso como fuente para trasplantes; pero en presencia de un estado de necesidad, y cumpliéndose las oportunas condiciones éticas, no podría excluirse *a priori* la licitud[15].

[11] La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha establecido que «deben ser prohibidas la creación y/o el mantenimiento en vida intencional de embriones o fetos *in vitro* o *in utero* con una finalidad de investigación científica —por ejemplo para tomar material genético, células, tejidos u órganos—» (Recomendación 1100, 1989, Anexo n. 21). También se dice: «de acuerdo con las Recomendaciones 934 (1982) y 1046 (1986), la investigación *in vitro* sobre embriones viables no debe ser autorizada a no ser que: se trate de las investigaciones aplicadas de carácter diagnóstico o efectuadas con fines preventivos o terapéuticos y no incidan sobre su patrimonio genético no patológico» (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Recomendación 1100, 1989, Anexo 4). En contra de estas directivas, en algunos países se ha autorizado la experimentación (Inglaterra) o la donación (España).

[12] Cfr. FINE, A., «The Ethics of Fetal Tissue Transplants», en *The Hastings Center Report*, junio-julio 1986, pp. 5-8.

[13] Por este motivo, en la primavera de 1988, el National Institute of Health de Estados Unidos prohibió la investigación o terapia realizada con fetos provenientes de aborto voluntario, en espera de que se aclarara la calificación ética (cfr. ANNAS, G.; ELIAS, S., «The Politics of Transplantation of Human Fetal Tissue», en *The New England Journal of Medicine*, 320, 1989, pp. 1079-1082; véase también GREELY, H. T., et al., «The ethical use of human fetal tissue in Medicine», en *The New England Journal of Medicine*, 320, 1989, p. 1093).

[14] Según la ya citada Instrucción *Donum vitae*, son condiciones indispensables para un eventual empleo de tejidos provenientes de un feto abortado voluntariamente, las siguientes: 1) muerte diagnosticada, 2) consentimiento de los padres o de la madre, 3) ausencia de complicidad con el aborto voluntario, 4) exclusión del peligro de escándalo (cfr. el siguiente epígrafe).

[15] En efecto, puesto que la malicia intrínseca del uso de tejidos provenientes de aborto voluntario reside en la conexión formal entre occisión del feto y trasplante, si en un caso concreto se lograse eliminar esa conexión simultáneamente, habría cesado el principal motivo de ilicitud.

El deber de defender la vida y la integridad del ser humano no nacido impone la prohibición de promover el uso de esta clase de tejidos u órganos, si constara que éstos hubiesen sido obtenidos bajo una o varias de las condiciones siguientes:

a) El destino para fines terapéuticos ha estimulado o influido positivamente en la realización del aborto.

b) La petición del consentimiento para el empleo del tejido fetal ha precedido la decisión irrevocable, por parte de la mujer, de interrumpir el embarazo, y por tanto de alguna manera ha podido influir en ella.

c) La posibilidad de que el feto sea usado como donador ha impedido de alguna manera que la mujer revocase su decisión de abortar.

d) La mujer tiene alguna relación con la persona que se beneficiará del injerto o trasplante.

e) La mujer ha recibido o recibirá algún tipo de compensación o de beneficio, o bien ha dado su consentimiento bajo presiones externas.

f) El aborto ha sido programado en función del uso posterior de tejido fetal.

Desde luego, la independencia entre los dos equipos médicos debe ser absoluta.

Aparte de las consideraciones precedentes, en la práctica clínica conviene ponderar otros aspectos de carácter prudencial que, si tomados aisladamente no son decisivos, en conjunto imponen una seria hipoteca moral en contra de la manipulación habitual de tejidos procedentes de abortos voluntarios. En concreto:

1. La objetiva dificultad de mantener una neta separación entre praxis abortiva y trasplante.

2. La material imposibilidad de cumplir todas las condiciones éticas y, por lo tanto, la certeza de la instauración inmediata de abusos.

3. El peligro de rebajar el sentido moral común, a través de una visión del hombre puramente utilitarista, con una progresiva desconsideración y menosprecio del niño no nacido y, más en general, de los seres humanos física o psicológicamente inmaduros, defectuosos, etc.

4. Los efectos negativos sobre la práctica clínica, en sus vertientes individual y social: si hay que hacer lo posible para disipar las a veces durísimas e injustas incomprensiones y sospechas contra lo que demagógicamente algunos llaman *depredadores de órganos,* ¿con qué rigor y cautela no habrá que actuar cuando el donante es el más indefenso de los humanos?

Sin embargo, hay quien no comparte este juicio, porque piensa que sería posible conseguir que las dos acciones, aborto y trasplante, fueran del todo independientes; o bien porque, partiendo de la premisa de que es lícito extraer órganos del cadáver de un hombre asesinado, concluyen que también debe serlo practicar la misma intervención en un feto cuya vida ha sido injustamente frustrada mediante aborto[16].

Pero las cosas no son tan sencillas. Para comenzar, el asesinato de un adulto es siempre un hecho aislado, no programable ni controlable, y, en cualquier caso, una eventualidad que es muy difícil que se repita. El aborto voluntario, en cambio, es un procedimiento estandarizado, que se realiza dentro de una estructura hospitalaria, por profesionales de la Medicina[17]. El paso de la unidad que realiza los abortos al servicio responsable de los trasplantes se convertiría enseguida en una praxis rutinaria. Honestamente, parece muy difícil ignorar de buena fe el origen del material trasplantable o mantener una absoluta separación e independencia entre una y otra operación. El equipo médico especializado en injertos no puede transferir a otros la responsabilidad de obtener el consentimiento informado de los parientes del donante, ni de someter a examen el material disponible, lo que incluye la historia y los precedentes clínicos de la madre y del embarazo, etc. Una vez entrados en ese contexto, pretender mantenerse completamente ajenos al problema existencial y moral de una mujer que ha decidido abortar sería muy difícil, por no decir farisaico. De hecho, en algunos de los artículos publicados se refleja que ese acuerdo ha existido: tanto en cuanto a la fecha en que realizar el aborto como por lo que toca a la técnica[18].

Tejidos fetales procedentes de un feto vivo in utero

Hoy en día existe la posibilidad técnica de realizar una intervención quirúrgica sobre el feto *in utero,* para recoger grupos de células o tejidos,

[16] Cfr. GILLON, R., «Ethics of fetal brain cell transplants», en *British Medical Journal,* 296, 1988, pp. 1212-1213.

[17] Es como, si en el ejemplo citado, el asesino fuera el director del hospital, o si en un país se decidiese que todas las víctimas de la represión política o de una banda criminal fueran destinadas *a priori* al trasplante de órganos.

[18] Cfr. GUSTAV, B., «Fetal brain transplantation for Parkinson's disease: technique for obtaining donor tissue», en *The Lancet,* 11-III-1989, p. 565.

con buenas posibilidades teóricas de que no se sigan consecuencias negativas ni sobre el embarazo ni sobre el posterior desarrollo del niño. Hasta ahora parece que la técnica no ha superado todavía la fase experimental, por lo que vamos a tratar el argumento brevemente, limitándonos a los puntos esenciales.

La principal ventaja, desde el punto de vista ético, reside en que se eliminarían todos los inconvenientes ligados al aborto. Sin embargo, las dificultades prácticas y las condiciones que, por parte del donante, debe reunir una intervención de este tipo son tales que difícilmente llegará a ser una técnica ordinaria. En concreto, y además del repetidamente citado consenso informado de los padres y la ausencia para ellos de cualquier beneficio, ventaja o compensación, habría que exigir que:

1. El explante de células y tejidos fetales fuese realizado de tal manera que se excluya razonablemente cualquier riesgo para la vida e integridad, tanto del feto como de la madre.

2. Los elementos recogidos con fines de trasplante han de ser exclusivamente células o tejidos regenerables en su integridad; es decir, no basta que se salvaguarde la vida del feto, sino que además debe mantenerse inalterada la integridad orgánica. Por este motivo no es admisible la cesión de uno de los órganos pares (un riñón, por ejemplo), y ni siquiera los padres tienen capacidad para autorizar una mutilación de ese calibre.

Estas condiciones podrían cumplirse, por ejemplo, en el injerto de elementos de los anexos —placenta, bolsa amniótica, etc.—, e incluso con tejidos propiamente fetales, como sangre, médula ósea, etc. Pero, en la práctica, la dificultad de excluir el menor daño para el feto y para la madre, ha llevado a que este tipo de intervenciones hayan sido desaconsejadas por diversos organismos, como la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa[19], el Comité Nacional de Ética de Francia[20], etcétera.

El anencéfalo como donador de órganos

Desde hace unos años[21], se discute la posibilidad de recurrir a los niños anencéfalos para la obtención de órganos para trasplante. Según datos atendibles[22], sólo con estos donadores podrían resolverse el 90 por ciento de las exigencias de órganos en el área pediátrica.

El estudio de esta problemática es similar a la del uso de material embrionario: por una parte, las probabilidades de reacción inmunológica de rechazo es relativamente pequeña; por otra, los órganos poseen los requisitos anatómicos y funcionales óptimos para el trasplante en un niño.

La anencefalia se caracteriza por la ausencia de los hemisferios cerebrales y de una parte, más o menos grande, del tronco encefálico. Sin que todavía haya un total acuerdo al respecto, la malformación parece depender de una noxa sufrida por la madre entre el 16 y el 21 día del embarazo. El pronóstico es siempre infausto, y los pocos niños que nacen vivos, ordinariamente mueren a las pocas horas. El máximo de supervivencia es de pocos días, aunque haya casos extraordinarios que han alcanzado la semana e incluso mayor tiempo.

La imposibilidad de establecer una terapia de la anencefalia y las características biológicas que hemos citado anteriormente son los motivos inmediatos que han llevado, primero, a la programación y, después, a la efectiva utilización de estos niños como donadores de órganos. Pero los problemas éticos que se plantean no son pocos. En este caso, la cuestión fundamental no se refiere al estatuto ontológico. No se puede razonablemente poner en duda la naturaleza humana del recién nacido por el hecho de que carece de cerebro, porque esa hipótesis resulta completamente absurda y llevaría a consecuencias trágicas, en éste y en otros campos.

La posibilidad de proceder a un explante de órganos en un anencefálico está ligada al cumplimiento de los mismos criterios éticos exigidos para

[19] Refiriéndose a embriones implantados o fetos vivos *in utero,* ha establecido: «debe prohibirse la obtención de células, tejidos u órganos embrionarios o fetales, de placenta o de sus membranas, si están vivos, para cualquier investigación que no tenga un carácter diagnóstico o un fin preventivo o terapéutico» (Recomendación 1100, 1989, Anexo 9).

[20] «L'embryon ou le foetus vivant ne peut être en aucun cas l'objet d'expérimentation *in utero.* Seules sont légitimes les actions thérapeutiques destinées à favoriser le développement et la naissance de l'enfant» (*Avis sur le prélèvements de tissus d'embryons ou de foetus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques,* 23-V-1984, I.1).

[21] En el año 1988 (cfr. CLARK, M., et al., «Doctors grapple with ethics», en *Newsweek,* 4-I-1988, pp. 50 y ss.), la señora Winner, al saber en el quinto mes de gestación que el feto era un anencéfalo, decidió proseguir el embarazo con el objeto de permitir que los órganos del hijo fueran trasplantados a otros niños, lo que se verificó cuatro meses más tarde. En Alemania, por ejemplo, se ha legalizado con un mínimo de requisitos: de hecho, el anencéfalo es considerado como un cadáver.

[22] La incidencia de anencéfalos es de aproximadamente de uno por cada 1.800 nacidos.

el adulto, teniendo en cuenta las peculiares condiciones del donador. Y es precisamente aquí donde surgen los problemas. Actualmente las cuestiones más discutidas son las siguientes:

1. Una vez detectada —por diagnosis prenatal— la condición de anencefálico, ¿podría ser lícito programar el parto en función de un futuro trasplante?

2. Después del nacimiento, ¿estaría permitido aplicar las técnicas de mantenimiento biológico que se usan con el adulto con diagnóstico cierto de muerte cerebral?; en concreto, ¿puede recurrirse a la ventilación artificial para impedir el deterioro de tejidos y órganos en el anencefálico todavía vivo?

3. Dado que los criterios de la muerte cerebral del adulto no son enteramente aplicables al niño, ¿qué seguridad debe exigirse en las normas clínicas para establecer la condición de cadáver del anencefálico?

Los experimentos de trasplantes de órganos fetales realizados con animales han obtenido un porcentaje de éxitos superior al que se logra cuando se practican con seres humanos. Entre otros motivos, se ha hipotetizado que la causa de esa diferencia depende de la diversidad de las técnicas empleadas. En la experimentación con animales, el feto seleccionado como donador se extrae todavía vivo del útero materno —por cesárea o, más comúnmente, por histerectomía—, con lo que los órganos se recogen en condiciones biológicas óptimas. Esto ha llevado a proponer la posibilidad de programar el parto de fetos anencefálicos[23], con objeto de que los órganos sufran el menor daño posible, sobre todo por lo que se refiere a la oxigenación.

En los trabajos hasta ahora publicados se ha recurrido a los tradicionales procedimientos de aceleración del parto, que de por sí son suficientes para lograr los objetivos que se buscan. Otras técnicas más agresivas, como el corte cesáreo, parece que todavía no se han utilizado a no ser en beneficio de la madre.

En sí misma, la programación —en el tiempo y en el modo— del parto es éticamente lícita cuando el feto es viable, y existe una indicación terapéutica para el feto o para la madre. En el caso de la anencefalia, en general se respetan los plazos naturales, lo que suele ser más conveniente incluso desde el punto de vista clínico; sólo a veces se adelanta algunos días el parto, cuando esa intervención no agrava las condiciones del niño (la mayor parte llegan a término ya sin vida) y, en cambio, puede resultar beneficiosa para la madre.

Pero el problema que plantea la conversión del anencefálico en donador es muy distinta. La programación del parto no reporta ningún beneficio al niño y, en cambio, podría acortar su vida biológica; más aún, es difícil que no sea ése el fin inmediato que se persigue, pues el nacimiento se adelanta precisamente con vistas a la inmediata utilización de los tejidos y órganos del niño. Y esto no sería admisible por muchas que fueran las ventajas que reportase a un tercero[24].

En una perspectiva de reflexión antitética, debe también tenerse en cuenta que la condición de donante en sí misma no es una propiedad negativa, sino todo lo contrario. Lo que ocurre es que el respeto de la dignidad humana exige que a nadie se le imponga de un modo coactivo la cesión de una parte de su organismo, ni siquiera cuando ya es cadáver. En el caso que nos ocupa, en teoría podría bastar el consentimiento informado de la madre. Sin embargo, la peculiar condición de indefensión y el mismo estado de inferioridad del anencefálico piden que se extreme el respeto y se evite un ulterior ensañamiento.

Por otro lado, ¿cómo no ver el adelantamiento del parto como la primera fase de una intervención médica que se va a concluir con la muerte y expoliación orgánica de un recién nacido? Aunque el beneficio que pudiera obtenerse sea muy grande, el médico debe evitar dar motivos a sospechas y desconfianzas, que no pueden sino producir escándalos con consecuencias incontrolables.

Estas reflexiones deben ser tenidas en cuenta en el análisis de la aplicabilidad de los métodos de terapia intensiva. ¿Es lícito mantener artificialmente en vida a un anencéfalo hasta el momento en que sus órganos puedan ser trasplantados a otro niño? La pregunta se establece en los mismos términos que para el donante adulto con muerte cerebral cierta; sin embargo, la situación del anencefálico es distinta. En líneas generales, el problema se presenta así: si el niño afecto de

[23] Cfr. HARRISON, M. B., «Organ procurement for children: the anencephalic fetus as donor», en *The Lancet*, 13-XII-1986, pp. 1383-1386.

[24] Algunos autores, basados en movimientos utilitarios defienden la licitud del adelantamiento del parto sólo por motivos de trasplante: cfr. CHERVENAK, F. A., et al., «When is

anencefalia nace vivo, la circulación sanguínea y la respiración se mantienen espontáneamente al menos durante algunas horas, e incluso más tiempo, con el suministro de los tratamientos ordinarios, como la nutrición e hidratación, confort térmico, curas higiénicas, etc. A pesar de todo, pronto comienzan a presentarse crisis de anoxia, que acaban con la ya frágil vida del niño, y causan un grave y rápido deterioro de los órganos que podrían ser objeto de trasplante. Por tanto, el dilema es éste: o se establecen medidas de terapia intensiva o las probabilidades de éxito de un eventual trasplante se reducen casi a cero.

La solución a este problema no puede buscarse en la doctrina general sobre el uso de medios ordinarios y extraordinarios, puesto que la ventilación forzada no se aplica para el beneficio del anencefálico, sino sólo para mantener sus condiciones vitales con vistas al trasplante. Ahora bien, establecer la respiración artificial en un cadáver es lícito, desde el punto de vista ético, si existe una razón proporcionada —por ejemplo, el uso de órganos para trasplante— y el difunto o sus familiares han dado su consentimiento.

Volviendo al caso que nos ocupa, podemos concluir que, contando siempre con el consenso informado de los padres:

1. No habría inconveniente en aplicar medidas de terapia intensiva a un niño anencefálico inmediatamente después de la muerte, diagnosticada con certeza, pues hay un motivo proporcionado como es tratar de mantener los órganos de un cadáver en las mejores condiciones posibles para el trasplante.

2. No sería lícito aplicar, antes de la muerte, medidas de terapia intensiva sólo con el objeto de garantizar la conservación de órganos y tejidos: sería necesario un consentimiento previo que el paciente no está en condiciones de dar, y es muy discutible que los padres puedan autorizar una medida de ese estilo.

Por tanto, es decisivo para la aplicación de cualquier instrumento clínico con vistas al posterior trasplante, la determinación cierta de la muerte del niño anencefálico. Ahora bien, dada la ausencia de corteza cerebral, los parámetros establecidos para el diagnóstico de muerte cerebral total en el adulto no son aplicables al anencéfalo. Además, la presencia de un electroencefalograma plano en el niño no es signo cierto de muerte, como lo es, por ejemplo, la ausencia de circulación de la sangre en el cerebro. Por tanto, mientras no se definan otros criterios ciertos, es necesario seguir en el anencefálico las mismas indicaciones seguras establecidas para los recién nacidos[25].

termination of pregnancy during the third trimester morally justifiable?, en *The New England Journal of Medicine*, 310, 1984, pp. 501-504.

[25] SHEWMON, A., «Caution in the definition and diagnosis of infant brain death», en MONAGLE, J. F., THOMAS D. C., *Medical Ethics*, Rockville, Aspen, 1988, pp. 38-57.

Bibliografía

ALVARADO-MALLART, R. M.; SOTELO, C.: «Trasplantes de neuronas», en *Investigación y Ciencia*, 145, 1988, pp. 30-39.
ANNAS, G. J.; ELÍAS, S.: «The politics of transplantation of human fetal tissue», en *The New England Journal of Medicine*, 320, 1989, pp. 1079-1082.
BOMPIANI, A.; SGRECCIA, E.: *Trapianti d'organo*, Milán, Vita e Pensiero, 1989.
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION: «Guidelines on the use of fetal tissue», en *The Lancet*, 14-V-1988, p. 1119.
BROWN, J.; DANILOVS, J. A.; CLARK, W. R.; MULLEN, Y. S.: «Fetal pancreas as a donor organ», en *World Journal of Surgery*, 8, 1984, pp. 152-157.
CAPLAN, A. L.: «Should foetuses or infants be utilized as organs donors?», en *Bioethics*, 1, 1987, pp. 119-140.
CARRASCO DE PAULA, I.: «Personalità dell'embrione e aborto», en *Persona, verità e morale*, Roma, Città Nuova, 1987, pp. 277-290.
COMITÉ CONSULTIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCIES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ: «Avis sur les prélèvements de tissus d'embryons ou de foetus humains morts à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques», en *La Documentation Française*, Rapport, 1984, París, 1985, pp. 23-33.
CONCETTI, G.: *I trapianti di organi umani. Esigenze morali*, Roma, Piemme, 1987.
CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE: *Instrucción sobre la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, Acta apostolicae Sedis*, 22-II-1987, pp. 70-102.
CHERVENAK, F. A.: «When is termination of pregnancy during the third trimester morally justifiable? en *The New England Journal of Medicine*, 310, 1984, pp. 501-504.
DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY: *Report of the Committee on inquiry into human fertilization an embriology*, Londres, Her Majesty's Stationary Office, 1984.
EDWARS, R. G.; PUXON, M.: «Parental consent over embryos», en *Nature*, 310, 1984, p. 179.
FARBER, J.: «Ethics of foetal tissue grafts in relation to abortion», en *Journal of the World Medical Association*, 95, 1988, pp. 56-58.
FINE, A.: «The ethics of fetal tissue transplants», en *The Hastings Center Report*, junio-julio 1988, pp. 5-8.
GILLON, R.: «Ethics of fetal brain cell transplants», en *British Medical Journal*, 296, 1988, pp. 1212-1213.
GOLDENING, J. M.: «The brain-life theory: towards a consistent biological definition of humanness», en *Journal of Medical Ethics*, 11, 1985, pp. 198-204.
GUSTAV, B.: «Fetal brain transplantation for Parkinson's disease: technique for obtaining donor tissue», en *The Lancet*, 11-III-1988, p. 565.
HARRISON, M. B.: «Organ procurement for children: the anencephalic fetus as donor», en *The Lancet*, 2, 1986, pp. 1383-1386.
JONSEN, A. R.: «Transplantation of fetal tissue: an Ethicist's viewpoint», en *Clinical Research*, 36, 1988, pp. 215-219.
KASS, L. R.: «Determining death and viability in fetuses and abortus», en *Bioethics Reporter II*, Frederick University Publishers of America, 1984, pp. 521-541.
LAWLER, S. D.: «Conception and development of the fetal tissue bank», en *Journal of Clinic Pathology*, 34, 1981, pp. 240-248.
LILEY, A. W.: «The foetus as a personality», en *Fetal Therapy*, 1, 1986, pp. 8-17.
MADRAZO, I.; LEÓN, V.; TORRES, C., et al.: «Transplantation of fetal substancia nigra an adrenal medulla to the caudate nucleus in two patients with Parkinson's disease», en *The New England Journal of Medicine*, 318, 1988, p. 51.
MAHOWALD, M. B.: «Placing wedges along a slippery slop: use of fetal neural tissue for transplantation», en *Clinical Research*, 36, 1988, pp. 220-223.
MAHOWALD, M. B.; AREEN, J.; HOFFER, B. J.; JONSEN, A. R.; KING, P.; SILVER, J.; SLADEK, J. R.; WALTERS, L.: «Transplatantion of neural tissue from fetuses», en *Science*, 235, 1987, pp. 1307-1308.
MAHOWALD, M. B.; RATCHESON, R. A.; SILVER, J.: «The ethical options in transplanting fetal tissue», en *The Hastings Center Report*, febrero 1987, pp. 9-15.
MAY, W.: «Religious justifications for donating body parts», en *The Hastings Center Report*, febrero 1985, p. 41
MCCARTHY, D. G.; MORACZEWSKI, A. S.: *An ethical evaluation of fetal experimentation: an interdisciplinary study*, San Louis (Missouri), The Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center, 1976.
MCCULLAGH, P.: «Fetal brain transplantation: The scope of the ethical issue», en *Ethics and Medicine*, 4, 3, 1988, pp. 37-39.
MCCULLAGH, P.: *The Foetus as transplant donor. Scientific, social and ethical perspectives*, Chichester, Wiley & Son, 1987.
MCLAREN, A.: *Prelude to embryogenesis*, The Ciba Foundation, *Human embryo research: yes or no?*, Londres, Tavistock, 1986, pp. 5-23.
NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL AND MEDICAL RESEARCH ETHICS COMMITTEE: «Ethics in medical research involving the human fetus and human fetal tissue», en *The Medical Journal of Australia*, 140, 1984, pp. 610-620.
NOLAN, K.: «Genug ist genung: a fetus is not a kidney», en *The Hastings Center Report*, diciembre 1988, pp. 13-19.
PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF THE COUNCIL OF EUROPE: Recommendation 1040 (1986) on the use of human embryos and foetuses for diagnostic, therapeutic, scientific, industrial and comercial purposes (septiembre 1986).
PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF THE COUNCIL OF EUROPE: Recommendation 1100 (1989) on the use of human embryos and foetuses in scientific research (febrero 1989).
PERICO, G.: «Primi trapianti nei cervello per curare il morbo del Parkinson», en *Aggiornamenti sociali*, 100, 1988/3, pp. 165-174.
RHODEN, N. K.: «The new neonatal dilemma: live births from late abortions», en *Biothics Reporter II*, Frederick University Publishers of America, 1985, pp. 519-545.
SGRECCIA, E.: «La raccomandazione 1100 dell'Assemblea del Consiglio d'Europa sulla utilizzazione degli embrioni e feti umani nella ricerca scientifica», en *Medicina e Morale*, 2, 1989, p. 221-231.
SHEWMON, A.: «Caution in the definition an diagnosis of infant brain death», en MONAGLE, J. F.; THOMAS, D. C.: *Medical Ethics*, Rockville (Maryland), Aspen, 1988, pp. 38-57.
SLADEK, J. R.; SHOULSON, I.: «Neural transplantation: a call for patience rather patients», en *Sciencie*, 240, 1988, pp. 1386-1388.
SNYDER, S. H.: «Parkinson's disease. A cure using brain transplants?», en *Nature*, 326, 1987, pp. 824-825.
SPAGNOLO, A. G.; SGRECCIA, E.: «Il feto umano come "donatore" di tessuti e organi», en *Medicina e Morale*, 1, 1989, pp. 843-875.
SWEDISH SOCIETY OF MEDICINE: *Provision guidelines for the use of foetal tissue in transplantation therapy*, 18-XI-1985.
ZUPPA, A.: «Aspetti etici della terapia intensiva sul neonato di peso molto basso», en *Medicina e Morale*, 4, 1986, pp. 732-762.

10. LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ARTIFICIAL: ASPECTOS MÉDICOS

C. Campagnoli y C. Peris

El inicio de la vida

Durante la relación sexual, el hombre deposita en el fondo de la vagina el líquido seminal que, de ordinario, contiene decenas de millones de espermatozoides, las células germinales (gametos) masculinas. El espermatozoide está constituido por un núcleo («cabeza») y un flagelo («cola»), que le permite ascender por los fluidos del aparato genital femenino.

Cuando la relación sexual se lleva a cabo en el período fértil del ciclo menstrual, los espermatozoides encuentran en el fondo de la vagina gran cantidad de moco cervical, que les permite un fácil ascenso a lo largo del cuello uterino y, a su través, su acceso a la cavidad uterina y a las trompas de Falopio, conductos que partiendo del útero se dirigen a la proximidad de los ovarios. En el curso de tal ascenso los espermatozoides sufren no sólo un proceso de selección, sino también ciertas modificaciones en las proteínas que cubren su «cabeza», adquiriendo así la capacidad de fertilizar («capacitación»).

El óvulo u oocito (la célula germinal o gameto femenino) madura de mes en mes, a través de un proceso por el que se completa la división meiótica. La maduración se verifica en el ámbito del folículo ovárico, que crece hasta alcanzar un diámetro de aproximadamente 20 mm, después del cual se abre, produciéndose la ovulación.

La trompa, cuando está sana, captura el oocito, mientras sale del folículo, incorporándolo dentro de sí. Es precisamente en la trompa donde, de ordinario, sucede el encuentro entre el oocito (envuelto en la «zona pelúcida» y listo para ser fecundado, que ha completado ya la división meiótica, con la expulsión del primer corpúsculo polar) y los espermatozoides (ya «capacitados» para la fecundación).

Los espermatozoides embisten al oocito, hasta que uno de ellos, superada la «zona», lo penetra. La penetración del espermatozoide (que estimula, en el plazo de pocas horas el término de la meiosis del oocito, produciéndose la expulsión del segundo corpúsculo polar) constituye el evento crucial:

1) En el espermatozoide están los 23 cromátides paternos que, sumándose a los 23 maternos, constituyen el patrimonio genético del nuevo ser humano.

2) La penetración, además, fija de forma definitiva la situación referida en el punto anterior, haciendo que, normalmente, el óvulo resulte impermeable a la penetración de otros espermatozoides.

Sucesivamente, el núcleo del espermatozoide y del oocito (definidos como «pronúcleos»), en cuyo ámbito los cromátides ya se han duplicado durante este intervalo, pierden las respectivas membranas, constituyéndose un «fundido» sobre el que se agrupan los 46 cromosomas (23 maternos y 23 paternos), en preparación para la primera división del óvulo fecundado.

Esto acontece pocas horas después —algo más de un día desde la penetración del espermatozoide— con la constitución de un embrión de dos células, dotada cada una de ellas de un núcleo cuya membrana encierra en sí, por primera vez, el genoma del nuevo ser. Éste es el motivo por el que algunos (cfr. Jones y Schrader, 1987) tienden a considerar la fecundación como un «proceso» que se concluye sólo con la primera división mitótica. Sin embargo, es importante notar que el evento realmente crucial de tal «proceso» es la penetración del espermatozoide, que determina y hace definitivo el genotipo del nuevo ser. De hecho, los anteriores autores identifican la penetración con la fecundación, como lo pone de manifiesto el empleo de expresiones como la siguiente:

«La meiosis (del oocito) se bloquea nuevamente hasta después de la fecundación; si la fecundación no se verifica, el oocito perece en el curso de la meiosis II».

La subdivisión celular prosigue después rápidamente, de tal forma que en dos días se completa la fase blastomérica (mórula), constituida por 16-20 células. En el curso de esta fase, con un embrión de 8 células, se inicia la síntesis proteínica, según el genoma del nuevo ser. Hasta 2-3 días antes, esta síntesis ocurría bajo la influencia del genoma del oocito materno.

Al cabo de otros 2 días se forma el blastocito, definiéndose ya el grupo de células internas de las cuales derivará el niño. Las células externas, que en esta fase son más numerosas (alrededor del 90 por ciento), darán origen al trofoblasto y después a la placenta y a los otros «anexos» fetales.

Mientras tanto, empujado por la movilidad de la trompa, el embrión ha alcanzado la cavidad uterina. Con el inicio de la 2ª semana de la concepción (a la semana de la penetración del espermatozoide), el blastocito comienza a implantarse en el endometrio. Al final de esta misma semana concluye el proceso de implantación.

Nótese que en la fase anterior a la implantación, el embrión puede tener un destino diferente al que se manifiesta después, como un individuo. En los primeros 3-4 días, puede dividirse dando lugar a dos (o más) gemelos idénticos. Esta posibilidad permanece, aunque en un porcentaje muy limitado, hasta las primeras fases de implantación del blastocito. Aquí hay además una consistente posibilidad de que se detenga su desarrollo, por un defecto en su capacidad evolutiva. Esto sucede en alrededor de 2 de cada 3 casos (The Ethics Committee AFS, 1986). Además, en un cierto porcentaje de casos, el blastocito se desarrollará privado de las células externas (el llamado «huevo ciego») o puede sufrir un proceso de degeneración, desarrollándose sólo las células trofoblásticas (la llamada «muela vesicular»).

El tratamiento de la infertilidad

De las breves indicaciones precedentes se infiere que la concepción es un proceso complejo, y que muchos eventos deben desarrollarse con regularidad para que se verifique el embarazo. Por lo tanto no es sorprendente que un porcentaje alto de parejas que desean la concepción (alrededor del 15-20 por ciento), tengan dificultad para conseguirla y que consulten al médico por infertilidad o su presunción, pidiéndole ayuda.

El médico, después de todas las necesarias evaluaciones, puede dar comienzo a un tratamiento según las modalidades tradicionales de la propia profesión, es decir, prescribiendo fármacos o a través de una intervención quirúrgica. Con fármacos, es posible tratar, por ejemplo, un inadecuado proceso ovulatorio; mejorar la fecundidad masculina, cuando ésta es reducida por defecto en el número o movilidad de los espermatozoides; o incrementar la capacidad de ascenso de los espermatozoides, suprimiendo las situaciones inflamatorias existentes a nivel del cuello uterino. Con la cirugía, y en particular con la microcirugía, es posible remediar situaciones que hacen difícil o imposible la correcta función de las trompas. Esto es lo que se pretende, por ejemplo, al remover las adherencias, poniendo así fin a ciertas situaciones inflamatorias o defectos residuales de anteriores intervenciones quirúrgicas, que ocluían las trompas o impedían su movilidad.

Hay, sin embargo, un grupo bastante consistente de alteraciones (alrededor del 5 por ciento de las parejas deseosas de tener hijos) para las cuales los fármacos y la cirugía resultan insuficientes. Por esto han sido elaboradas —sobre todo en el último decenio— una serie de técnicas, unidas a una más o menos artificialidad del proceso reproductivo, con el fin de facilitar o de obtener, si es imposible según las modalidades normales, el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide: éstas son las llamadas «técnicas de reproducción artificial» o de «concepción asistida».

Entre estas técnicas es conveniente distinguir dos grupos diferentes.

En el primer grupo debieran incluirse los llamados *procedimientos de «inseminación»*, consistentes en la introducción de los gametos masculinos en el interior del aparato genital femenino, para tratar de obtener una fecundación intracorpórea.

El segundo grupo está constituido por *las técnicas de fecundación in vitro (FIV)* con reposición («transferencia») de embriones en el útero (ET), es decir, técnicas caracterizadas porque en ellas la fecundación es extracorpórea.

Debe distinguirse también entre las *técnicas homólogas* (que se sirven de elementos biológicos obtenidos en la misma pareja) y *heterólogas* (que se sirven de uno o más elementos biológicos

extraños a la pareja: gametos y/o, para algunas de ellas, el útero).

Obviamente, estas últimas técnicas presentan más relevantes problemas de orden psicológico, jurídico y social.

A continuación trataremos brevemente *los aspectos de orden médico* de las técnicas antes mencionadas, sin dejar de lado *las problemáticas de orden psicológico*, que en este sector deben (o deberían) ser consideradas prioritarias. Y ello en atención también al *orden «deontológico»*. De hecho, como bien sabemos, es tarea del médico curar, adoptando medidas que, en ciencia y conciencia, generen el máximo de los beneficios y el mínimo de los riesgos. La pareja estéril solicita ayuda no tanto o no sólo para tener un niño, sino más bien para ser a través del niño y con el niño más completa y más feliz; pueden existir también, y bien lo sabemos, otros motivos, como el prestigio, el respeto humano, el interés, etc., pero en general queda fuera de duda que estas personas desean una mayor felicidad. *El punto de vista deontológico debe valorar también la seguridad de los diversos procedimientos en orden de superar la esterilidad para proporcionar la felicidad a la pareja y al niño (la felicidad debe abarcar a todos) o si, por el contrario, hay algún problema implícito en los procedimientos que los hace contraproducentes.*

A. Las técnicas homólogas

A1. Las «inseminaciones artificiales» y la GIFT (tabla, n. 1)

a) Las técnicas

Las *inseminaciones* tienen por objeto facilitar el encuentro de los gametos masculinos con la célula-huevo, y obtener así una *fecundación intracorpórea*. Su finalidad no es otra que la inserción instrumental del semen masculino en diferentes posiciones del aparato genital interno femenino:

— inseminación para-intracervical
— inseminación intrauterina
— inseminación intraperitoneal
— inseminación intratubárica

Un tipo de inseminación muy sofisticada es la GIFT (Gametes Intrafallopian Transfer) que consiste en trasferir a las trompas de Fallopio no sólo el semen sino también los oocitos (Asch et al., 1984). La GIFT puede efectuarse con diversas modalidades (Cittadini et al., 1988), las más modernas de las cuales (retirando los oocitos bajo control ecográfico; transfiriendo los gametos en las trompas por vía transvaginal-transuterina) son relativamente poco traumáticas y practicables sin necesidad de hospitalización.

Hay que afirmar que las distintas técnicas tienen un aceptable porcentaje de éxito (10-20 por ciento para las inseminaciones; 20-30 por ciento para la GIFT) sólo si se efectúa previamente un sofisticado tratamiento del semen y/o en el curso de la llamada hiperestimulación ovárica controlada, llevada a cabo con modalidades farmacológicas complejas.

Las *inseminaciones* se encaminan a superar presuntos defectos de subida, como en el caso de las formas de esterilidad idiopática (o no explicable), o probables, como en el caso de la subfertilidad por factor masculino o (para las intrauterinas y las intraperitoneales) aquéllas derivadas de factores cervicales. La GIFT está en condiciones de superar, además, el factor «peritoneal» (como causa del defecto de «retiro» del oocito de parte de la trompa o de la retención del mismo en el folículo) probablemente activo en los casos de endometriosis, además de en otras formas «idiopáticas». Se trata, obviamente, de *situaciones de subfertilidad, de tipo funcional, o sea, con integridad anatómica del aparato genital interno y en particular de las trompas**.

b) Problemas ético-psicológicos

Las técnicas de inseminación artificial suscitan graves problemas de orden ético-psicológico cuando se obtiene el semen del «donante» mediante masturbación, es decir, a través de un procedimiento distinto de las relaciones de la pareja. El olvido de este hecho, de tan especial relevancia psicológica y moral, constituyó, qué duda cabe, una gran superficialidad por parte de nosotros, los «técnicos».

Es preciso reconocer que la oposición de la Iglesia Católica a estos procedimientos, contenida en la «Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación», en febrero de 1987, ha supuesto un poderoso estímulo para profundizar y realizar otras investigaciones de enorme interés e indudable oportunidad.

* Una ulterior técnica que se concentra en obtener la fecundación intracorpórea, el TIUG (Transferencia Intra-Uterina de los Gametos) es válida también en los casos de esterilidad de las trompas y, de este modo, ha sido recientemente aplicada como alternativa de la FIV (ver después A2).

El semen puede recogerse en el curso de un acto sexual normal sirviéndose de un dispositivo, hecho con un material que no altera los espermatozoides. A esto hay que sumar la ventaja derivada del hecho de que el semen recogido de esta forma presenta mejores características biológicas (Zavos, 1985). Pero, sobre todo, se evita así un riesgo importante: el que la inseminación se efectúe, y se obtenga la concepción, en un período en el que la pareja —tal vez por la tensión vinculada a la infertilidad y a los intentos de superarla— tiene dificultad para tener relaciones sexuales. De hecho, una inseminación que necesite superar la impotencia sexual podría ser gravemente contraproducente, en términos psicológicos y sexológicos.

El recurso antes mencionado, no anula del todo los problemas éticos y psicológicos, ya que puede perturbar la intimidad exigida por el acto sexual y la concepción. De aquí que, como quiera que sea recogido el semen, las inseminaciones —y también la GIFT— sean contempladas sólo en el caso de una efectiva y real necesidad: la infertilidad idiopática o por factor masculino puede solucionarse de forma espontánea, por lo que se aconseja en estos casos intervenir sólo cuando hayan transcurrido 4-6 años, al menos, de una infructuosa y continua búsqueda de la concepción (Aafjes et al., 1978).

c) Posibles alternativas

Con los procedimientos instrumentales que hemos citado se obtienen mejores resultados cuando son efectuados en concomitancia con la hiperestimulación ovárica controlada. Lo más probable es que el éxito se deba principalmente a esta última —también por determinar la exposición de más de un oocito maduro a la posible fecundación—, más que a las maniobras instrumentales (Melis et al., 1987).

De hecho, crece la evidencia de que la mera estimulación farmacológica de los ovarios aumenta las posibilidades de la fertilidad, tanto en el caso de la infertilidad no explicada de la mujer como de la subfertilidad masculina. Ya en 1979, Wang y Gemzell habían pensado que el tratamiento con gonadotropinas humanas incrementaba las posibilidades de concepción: a) determinando un mejor crecimiento folicular y una función luteínica más adecuada; b) estableciendo las condiciones óptimas para la penetración y la migración espermática, como consecuencia de una mejor cualidad y cantidad de moco cervical; y c) proporcionando un mejor *timing* para la relación sexual.

Recientemente se ha propuesto por Welner et al. (1988) la mera estimulación con gonadotropinas, como una forma de tratamiento de la infertilidad idiopática. Según estos autores, el tratamiento corregiría delicadas anomalías del proceso ovulatorio. Los mejores resultados tal vez se podrían obtener asociando a la estimulación con gonadotropinas exógenas, la inhibición de las gonadotropinas endógenas por medio de un tratamiento con un GnRh análogo (Fleming et al., 1988). En este sentido, los datos de que disponemos hacen que esté igualmente indicada para la infertilidad inexplicada y para la subfertilidad masculina (Peris et al., 1990).

De aquí se deriva que no pocos casos en los que inicialmente parecían estar indicadas las inseminaciones artificiales (particularmente, en los casos de infertilidad no explicada o «poco» explicada por una subfertilidad masculina), podrían resolverse con la mera estimulación ovárica controlada (Strigini et al., 1991). Este tipo de tratamiento debe ser realizado al menos durante algunos ciclos antes de decidirse por procedimientos instrumentales más complejos.

Datos recientes confirman la validez biológica de un proceso de selección-capacitación que acontece, de modo natural, una vez que el semen ha sido acogido por un moco cervical óptimo, lo cual puede obtenerse con la estimulación ovárica con gonadotropinas. El grupo argentino de Marconi et al. (1989) ha obtenido, en el ámbito de un programa GIFT, resultados significativamente mejores en aquellos casos en los que la pareja había tenido, un día antes de la intervención, una relación sexual. El mismo grupo ha obtenido dos embarazos en cinco tentativas con la transferencia intratubárica de sólo oocitos (TOT), habiendo sido aportados los espermatozoides por medio de la simple relación sexual.

A2. La fecundación in vitro *(FIV)*

a) La técnica

La fecundación in vitro *con transferencia de los embriones al útero (FIV-ET)* ha sido elabora-

da, como bien se sabe, para casos con problemas tubáricos insuperables. Con dicha técnica se efectúa un verdadero y propio *«by-pass»* de la trompa: los oocitos son retirados de los folículos, llevados a la probeta (*in vitro*) y puestos allí en contacto con los espermatozoides. Una vez producida la fecundación, e iniciado el proceso de desarrollo embrionario, los embriones son transferidos a la cavidad uterina.

La obtención (*pick-up*) de los oocitos se efectuaba inicialmente en el curso de una laparoscopia, procedimiento quirúrgico relativamente traumático (a través de una intervención con anestesia general): es por ello que, luego de una primerísima fase de FIV-ET en un ciclo sin estimulación (Steptoe y Edwards, 1978; Lopata et al., 1980), se pasó al empleo de estimulaciones ováricas progresivamente más eficientes, destinadas a obtener más de un oocito para incrementar, con el mismo traumatismo, las posibilidades de éxito. Más recientemente, a partir de la mitad de los años ochenta, el *pick-up* de los oocitos se efectúa bajo control ecográfico, procedimiento mucho menos traumático, que puede llevarse a cabo sin necesidad de hospitalización.

Además de superar los problemas tubáricos, la FIV-ET podría también superar eventuales problemas funcionales. Por este motivo ha sido también empleada en situaciones de subfertilidad de tipo funcional o derivadas de factores masculinos, eventualmente según las modalidades de la ZIFT (Transferencia Intratubárica del Zigote). Se trata, según la opinión de muchos, de un empleo no justificado, existiendo alternativas de menor compromiso, entre las cuales las inseminaciones y, en particular, la GIFT o la simple relación sexual en el ámbito de la estimulación ovárica. De aquí se exceptúan los casos en que concurre un gravísimo factor masculino que encuentra en una de las técnicas complementarias de la FIV misma (o sea, aquella que a través de la manipulación de la zona pelúcida del oocito facilita, o bien, provoca la penetración de un espermatozoide) una de las pocas posibilidades de concepción. Como es sabido, tal procedimiento comporta ciertas limitaciones por la «calidad» biológica de un espermatozoide que no ha sufrido el riguroso y natural proceso de selección.

Otra técnica complementaria, ampliamente usada, es la congelación de los embriones que exceden eventualmente el número de 3-4, considerado actualmente «razonable» a fin de obtener el máximo de posibilidades, minimizando al mismo tiempo el riesgo de multigemelaridad. A ello volveremos dentro de poco.

En términos promedio, el porcentaje de éxito de la FIV-ET oscila alrededor del 15 por ciento (Edwards, 1990; Medical Research International, 1992), aunque en los mejores centros, con la adopción de técnicas más sofisticadas, la transferencia de los tres embriones al útero puede comportar un porcentaje de éxito que se aproxima al 25 por ciento (Edwards, 1990). Los resultados pueden mejorar con la conservación, a través de la congelación, de los embriones eventualmente excedentes.

b) Problemas ético-psicológicos

La aplicación de la FIV-ET plantea graves *problemas de orden ético-psicológico*. La importancia de tales problemas ha sido reconocida también, unánimemente y desde el inicio, por organismos científicos y profesionales, que consecuentemente han aconsejado limitar el empleo de esta técnica a los casos para los cuales no existan alternativas. En tal sentido se han expresado por ejemplo la Academia Suiza de Ciencias Médicas (1984), y la American Fertility Society (1984, 1986).

Los *problemas de orden ético* se refieren, como bien es sabido, a la artificialidad del procedimiento reproductivo (concepción de un ser humano fuera del organismo materno) y a la manipulación de los embriones, con «pérdida» de los mismos respecto a cuanto se verifica luego de una concepción natural. En la naturaleza las posibilidades de evolución para cada embrión son al menos del 20 por ciento; con la FIV-ET, en general, del 3,5-4 por ciento (en los mejores centros, del 10-15 por ciento) (Edwards, 1990). La congelación permite limitar sólo en parte dicha pérdida: por ejemplo, uno de los mejores centros europeos ha señalado para 1.220 embriones descongelados un porcentaje de implante en el útero (lo que no significa evolución del embarazo en todos los casos) del 3,5 por ciento (Van den Abbel et al., 1988).

Los *problemas de tipo psicológico* ya intuidos desde hace tiempo, han sido bien evidenciados a través de estudios recientes (Van Hall, 1988; Greenfeld et al., 1988, Reading y Kerin, 1989). Ello deriva del inevitable (aunque en un cierto sentido más justo) exceso de información que la pareja obtiene de su propio proceso reproductivo: número de oocitos disponibles para la fecundación, si en ellos se ha verificado o no la fecundación, y número de embriones obtenidos. Esto contrasta con el «misterio» que tradicionalmente acompaña el proceso reproductivo: desde siempre, la mujer y el hombre se acostumbraron a poner, con la relación sexual, sólo las premisas para una eventual concepción; lo que sigue (o sea, si la concepción se verifica o no) se ve envuelto en el misterio. El exceso de información es una fuente potencial de graves tensiones. Un ejemplo de esto es el caso en que los oocitos, obtenidos instrumentalmente y luego de «estresantes» semanas de tratamiento y controles de la mujer, no resultan fecundados por los espermatozoides del marido: sobre todo en el caso, bastante frecuente, en el que este último esté afectado por subfertilidad**, de donde suelen derivarse repercusiones psicológicas muy graves (Yovich et al., 1984). Otro ejemplo, más general, está dado por la frecuencia de reacciones de angustia (algunos han hablado de verdadero y auténtico «luto») que se derivan como consecuencia de la ausencia de implantación de los embriones, situación que se verifica en la mayor parte de los casos.

c) La congelación de embriones

La congelación genera, además, sucesivos problemas de orden psicológico, ético y social (Elias y Annas, 1986); sobre todo, en aquellas situaciones en las cuales la pareja no pueda o no desee «utilizar» los propios embriones para otras tentativas de embarazo.

Aun cuando el embarazo se instaure y evolucione felizmente a la primera tentativa, los embriones excedentes, congelados, podrían ser utilizados para obtener un posterior embarazo. Esa, según parece, es la intención de la mayor parte de las parejas que enfrentan un programa FIV-ET con *embryo-freezing*. Ello supone ciertas ventajas, especialmente subrayadas por los «técnicos»; pero también una importante dificultad de tipo psicológico y, seguramente, traumática, respecto de esos propios «hijos», no hipotéticos sino ya existentes.

En tal circunstancia, la situación continúa siendo altamente problemática para la pareja, puesto que el diálogo tradicional e íntimo, entre marido y mujer, sobre la búsqueda o no de un embarazo, ha sido completamente sustituido por el inédito —y ciertamente traumático— diálogo sobre sí y cuándo sacar al «bebé del congelador». Todo esto agravado por el pensamiento de cómo hubiera sido este o el otro niño cuando tal decisión hubiera recaído casualmente sobre él y no sobre el otro, el que ya está en casa.

Estos problemas han sido bien subrayados por la ya recordada «Instrucción» de la Congregación para la Doctrina de la Fe, en la que se ha expresado con toda claridad que la fecundación *in vitro*, en cualquiera de sus modalidades, es en sí misma ilícita y contraria a la dignidad de la procreación y de la unión conyugal, aun cuando se pusieran todos los medios para evitar la muerte del embrión humano.

Además de estas dificultades —expresamente señaladas en relación con las técnicas empleadas en la «fecundación intracorpórea»— hay otras de tipo antropológico que no se pueden silenciar. Nos referimos, claro está, a la neta disociación que se establece con su concurso entre la relación sexual y estos procedimientos reproductivos. He aquí las graves consecuencias que se derivan de la concepción de un ser humano fuera del organismo materno.

Igualmente relevante es el penoso problema de la «pérdida de embriones». Más adelante nos detendremos brevemente sobre este último punto, al cual ya nos hemos referido en los párrafos precedentes.

La «pérdida» de embriones es aquí injustificable, sobre todo si lo comparamos con lo que sucede en la concepción natural, que comporta una posibilidad de desarrollo para cada embrión de, como mínimo, el 20 por ciento. Por contra, una reciente revisión de los datos estadounidenses disponibles entre 1985 y 1986 (Medical Research International y The American Fertility Society Special Interest Group, 1988) señalan que de más de 15.000 embriones transferidos al útero sólo se obtuvieron bebés en un porcentaje del 3,5 al 4 por ciento. Si se consideran también los embriones no transferidos —y, en tanto que embriones estamos indiscutiblemente obligados a considerarlos— se puede inferir que en ellos las posibilidades de desarrollo no son superiores al 2 ó 3 por ciento, en función de los datos que se han comunicado.

** La utilidad, en tales circunstancias, de saber si la fecundación se verifica o no, es ampliamente discutible: de hecho, una sola tentantiva de FIV no permite excluir, para un caso aislado, la capacidad fecundante de los espermatozoides (Matson et al., 1987).

d) La discusión sobre el embrión no implantado

La pérdida de embriones ha sido reconocida por los más relevantes operadores en el campo de la FIV-ET. La discusión, sin embargo, aparece un tanto distante y alejada de lo que realmente significa la real gravedad de tal «pérdida». En consecuencia, no se entra en la discusión sobre el respeto que merece el embrión aún no implantado.

Como hemos recordado anteriormente, no en todos los casos el óvulo fecundado está destinado a desarrollarse en la madre. Apoyándose en una cierta duda acerca de la capacidad de desarrollo y la individualidad del embrión, algunos quisieran negarle toda posible dignidad. Tal posición ha sido rechazada también por instituciones científicas como, por ejemplo, el Comité Ético de la American Fertility Society (1986). Sin embargo, tal Comité sostiene —al amparo de algunas peculiaridades del embrión no implantado, que discutiremos más adelante, definido con el eufemismo de pre-embrión— que el respeto que le es debido es «relativo» y puede, por lo tanto, venir a menos frente a determinadas exigencias como el tratamiento de la esterilidad. Tal posición descansa sobre ningún fundamento, por lo que es ampliamente impugnable.

La «pérdida» de embriones puede ser limitada a través de su congelación. Tal procedimiento, sin embargo, está muy lejos de no plantear problemas éticos. Bastaría con recordar aquí lo que se ha afirmado líneas atrás, a propósito de la utilización cosificada del embrión humano.

Antes que nada, no es posible excluir que tal procedimiento comporta en todo caso una «pérdida» no de algo valioso sino de alguien como el embrión. A ello hay que añadir lo sostenido por el ya citado Comité Nacional Francés: la congelación de embriones «lleva a períodos de intemporalidad en la génesis de la vida y acentúa la reificación del embrión y los riesgos de disociación entre fecundación y gestación». Y es que sólo el acto conyugal tiene la dignidad de poner las condiciones para engendrar una nueva persona humana.

Dejando aparte estos argumentos legítimos hay que insistir, una vez más, en que no importa tanto lo que acontezca a los padres, como consecuencia de las decisiones que tomen, sino lo que realmente sucede al embrión que ha sido congelado.

Otro conflicto ético, igualmente relevante y grave, acontece en el caso de que la mujer quede encinta y continúe el embarazo, mientras uno o más embriones permanecen en el congelador.

Las posibles soluciones que se han ofrecido se resumen a continuación:

— donación a otra pareja;
— donación para fines de investigación científica.
— destrucción.

Sobre las primeras dos soluciones, aparentemente las más lógicas y razonables, pesan graves problemas, tanto es así que las instituciones (Comité Francés de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud, 1986; Resoluciones del Parlamento Europeo bajo la propuesta de su Comisión jurídica, 1989) que en forma más reflexiva y atenta han analizado el problema, no dudan al sugerir (contemporáneamente a la prohibición de obtener nuevos embriones en exceso) la tercera solución como el «mal menor». Y ello en base a que las otras soluciones se prestarían a especulaciones, instrumentalizaciones y riesgos de orden social. Una cuidadosa atención debe ser puesta al eventual uso de los embriones para propósitos de investigación científica, como ya ha sido previsto (aun con limitaciones y controles) por algunas legislaciones europeas. Las ventajas que se podrían lograr de los conocimientos así obtenidos son indudables, aunque no tan consistentes y fundamentales como algunos han sostenido. Pero estas ventajas son poca cosa si se toma en cuenta, por otro lado, el enorme riesgo que se deriva de la ausencia, en forma codificada aprobada por el Estado o por la sociedad, del respeto debido a cada ser humano.

En el ambiente «científico», como es sabido, está sumamente difundida una cierta desvalorización del embrión *in vitro*: se habla de «grupito de células», «material biológico», etc. Este comportamiento ha sido rechazado oficialmente por parte de organismos académicos y profesionales como, por ejemplo, el Comité Ético de la American Fertility Society (1986). No obstante, estos organismos han asumido una posición intermedia sosteniendo que el embrión PRE-implante (PRE-embrión) es sí, por obvia pertenencia a nuestra especie, digno de respeto, pero que el respeto que se le debe es relativo, y puede disminuir o desaparecer frente a cierto tipo de exigencias, como por ejemplo la cura de la esterilidad o los objetivos de la investigación científica. Como fundamento de este razonamiento se encuentra una serie de argumentaciones referidas a las dudas sobre la

capacidad evolutiva y la individualidad de cada embrión, y al hecho de que algunas peculiaridades se encuentran ausentes en estas primeras fases de desarrollo. Son éstas las argumentaciones que han puesto como límite de «respeto relativo» los ya sabidos 14 días (que coinciden con la etapa en la cual, en la naturaleza, se completa el proceso del implante iniciado 6-7 días antes). Este límite ha sido sostenido por la Comisión Warnock (1984) y en un amplio documento de 1986 emitido por la American Fertility Society, pero se encuentra lejos de ser ampliamente aceptado.

De hecho, desde el punto de vista científico, las argumentaciones antes mencionadas resultan infundadas: por ejemplo, el término PRE-embrión —con el significado equívoco que ha venido erróneamente asumiendo: algo indefinido, que PREcede al embrión, pero que no puede ser considerado un embrión humano— ha sido definido por J. Maddox, editor de *Nature*, como «un maquillaje cosmético» y por J. D. Biggers, embriólogo de la Harvard Medical School, como «subdivisión arbitraria de la vida prenatal», «acuñado por razones de política pública» (Biggers, 1990).

Conviene recordar que el único evento verdaderamente crucial para el inicio de la vida de cada ser humano es el momento del encuentro de la cabeza del espermatozoide con la membrana del oocito. Esto es lo que pone la premisa para la fusión del patrimonio genético del oocito con el del espermatozoide, con la formación del genoma, absolutamente único y original, del nuevo ser; ello, además, es lo que hace definitiva la nueva situación gracias al hecho de que el huevo se hace (normalmente) impermeable a otros espermatozoides. Es muy cierto que la continuación de la evolución puede, como muchas veces sucede, detenerse, pero cuando prosigue se trata indiscutiblemente de la evolución de un bien determinado ser humano. Las modificaciones sucesivas no constituyen, por contra, sino eventos de escasa importancia biológica y absolutamente secundarios en cuanto ya establecidos y codificados por ese preciso «programa» que se establece con la fecundación.

Las argumentaciones presentadas para sostener un *status* moral diferente y de menor importancia del llamado PRE-embrión han sido ampliamente discutibles.

1) No puede hoy ponerse en duda la posibilidad de que, una vez ocurrido el encuentro de los dos patrimonios cromosómicos, existan promesas bien definidas para el desarrollo personal del embrión.

2) Que una parte de los óvulos fecundados no tengan en sí una capacidad real de desarrollo, evidentemente, no es una razón para negar el respeto a cualquier óvulo fecundado. La actitud más racional procedería aquí en sentido contrario.

3) El hecho de que en las primeras horas del desarrollo la síntesis proteica no sea todavía condicionada por un nuevo genoma y el hecho de que el «programa» prevea —principalmente en los primeros días— la diferenciación de los estratos celulares que darán lugar a los anexos fetales —aunque sólo se ponga de manifiesto, en un segundo momento, la línea de células de las cuales se formará el bebé— no son argumentos rigurosos para negar que aquellas fases son las primeras en el desarrollo de un nuevo ser humano. Ciertamente, es posible, como ya se recordó, que el desarrollo pueda detenerse en esas fases, pero cuando eso no sucede es exactamente un hombre, y sólo un hombre, el que allí se está desarrollando.

4) Que en las primeras fases del desarrollo un determinado PRE-embrión esté destinado a dividirse, dando así lugar no a una, sino a dos o más personas, ni permite ni autoriza la desvalorización moral del mismo PRE-embrión.

De hecho, como ya se ha recordado, las Instituciones, que, sin pertenecer a la comunidad científica, analizaron en modo no superficial la cuestión, han rechazado las argumentaciones desvalorizantes, como instrumentales y ampliamente discutibles.

Resulta interesante considerar qué opinan los padres. Es paradigmático el comportamiento asumido por ellos respecto de los propios embriones. Pocas parejas parecen dispuestas a su destrucción (sea al servicio de la investigación o no); la mayoría desearía que fueran llamados a la vida a través de la «donación» a otra pareja. Este dato ilumina el problema: los padres consideran a los embriones como hijos propios, «carne de la propia carne». Los padres están bien lejos de considerarlos en términos de simples «grupitos de células» o como mero material biológico; y este tipo de sensibilidad se encuentra presente, obviamente, también en una parte del mundo científico. No sorprende el modo con el cual un editorial del *Journal of in vitro fertilization* (García, 1980), optaba por la posibilidad, factible gracias a las modernas tecnologías (y en particular a la de obtener los oocitos bajo control ecográfico, o sea, de forma más simple y menos traumática), de la vuelta al ciclo no estimulado: un solo oocito, un solo

embrión, y no más problemas con los embriones «excedentes».

La FIV-ET efectuada en un ciclo no estimulado constituye actualmente una posibilidad, aunque nada simple desde el punto de vista técnico, de indudable aplicabilidad. Varios grupos de investigadores han hecho este tipo de experiencia, entre los que destaca el de Sheffield, guiado por E. Lenton, con más de 1.500 ciclos de tratamiento. Obviamente, la eficiencia es menor respecto a la obtenida, por los mejores grupos, con el empleo de muchos oocitos y la congelación de embriones; sin embargo, las probabilidades de embarazo (alrededor del 10 por ciento) no están tan lejos de los promedios tras la aplicación de la FIV-ET (alrededor del 15 por ciento).

e) Alternativas

Una alternativa a la FIV-ET en los casos de esterilidad derivada del trastorno tubárico irreparable, está representada por la *transferencia de los gametos al útero (TIUG)*, que evita la formación extracorpórea de embriones. También este procedimiento fue aplicado (Craft et al., 1982) y más tarde abandonado por ser excesivamente traumático, ya que al inicio de los años ochenta los oocitos se retiraban a través de laparoscopia. Pero ya en la segunda mitad de esa década, a consecuencia de los nuevos avances científicos y tecnológicos —entre ellos las mejores posibilidades de inducción a la ovulación múltiple y, en particular, la posibilidad de un menor trauma derivado del *pick-up* bajo control ecográfico–, la técnica TIUG pudo, sobre todo en aquellas parejas que no deseaban o tenían muchas dudas respeto a la FIV-ET. Recientemente, la TIUG ha sido aplicada con éxito en la Clínica Ginecológica del Hospital San Raffaele de Milán, con nuestra colaboración (Campagnoli et al., 1991). Otros tipos de TIUG fueron aplicados con éxito por parte de algunos grupos europeos y norteamericanos (Veersema et al., 1989; Kubik et al., 1990; Rizk et al., 1990; Sterzik et al., 1991). Dichos procedimientos, aun en el inicio extracorpóreo del proceso de fecundación (como, por ejemplo, la técnica aplicada por parte del grupo de Edwards, Rizk et al., 1990), animaron otros grandes problemas de orden ético, psicológico y social presentados por la FIV-ET (exceso de información y manipulación de los embriones con eventual congelación de los embriones excedentes).

Se trata, en general, de estudios preliminares, para los cuales se puede prever un porcentaje de éxito de alrededor del 5-10 por ciento.

La antes citada Resolución del Parlamento Europeo (1989), luego de haber expresado su «preocupación por el desperdicio de embriones que la FIV conlleva», ha auspiciado «el uso de tecnologías y metodologías que eliminen dicho riesgo», solicitando que «en la FIV sea utilizado el mismo número de oocitos que pueden ser implantados» (juzgando al mismo tiempo que «puede recurrirse a la congelación de los embriones sólo para salvar la vida de los mismos, cuando, por cualquier motivo ocurrido durante la fecundación, sea imposible su inmediata transferencia al útero»). El Parlamento alemán ha sido el primer Parlamento Europeo que ha legislado después de la aprobación de la Resolución mencionada (ley de 13 de diciembre de 1990 sobre la «protección del embrión»). Tal ley prohíbe «la introducción de más de tres embriones en una mujer durante un ciclo» pero no «la fecundación de un número superior de oocitos de cuantos le han sido destinados en el período de un ciclo». Es de recalcar como *un comportamiento legislativo de este tipo está muy lejos de «penalizar» a las parejas «estériles»;* más bien podría traducirse como *una importante ventaja para ellas*, por cuanto se verían así estimuladas tendencias y líneas de investigación que, aunque menos eficientes (relativamente), son mucho más aceptables desde la perspectiva humana. Sin embargo, desde la perspectiva ética tales propuestas legislativas resultan inaceptables.

B. LAS PRÁCTICAS HETERÓLOGAS

a) Las técnicas

Las TRA, obviamente, podrían emplearse utilizando *gametos (oocitos* o *espermatozoides)* de extraños a cambio de los de la pareja (por ejemplo cuando ésta no cuente con ellos por carencia netísima o absoluta de espermatozoides, o incapacidad funcional del ovario; o bien, en casos muy raros, cuando la utilización de los gametos de la pareja comporte un importante riesgo de enfermedad de tipo genético):

— Las inseminaciones pueden ser adoptadas valiéndose del semen del «donador» (véase Tabla, n. 3)

— La GIFT y la FIV-ET pueden valerse bien de semen o de los oocitos de «donadores»-«donadoras», bien eventualmente de ambos (nn. 4-8).

Tipos particulares de «heterólogas» son aquellas que se valen durante todo el curso del embarazo, o parte del mismo, del *útero de una extraña* («sustituta»). Se distinguen aquí: a) Las donadoras de oocitos fecundados *in vitro* a través de inseminación, y recuperados con lavado del útero (nn. 9-10); b) las «portadoras» que ponen a disposición el útero para acoger y hacer crecer un embrión obtenido *in vivo* o *in vitro* (con gametos de la pareja, o bien en parte o totalmente extraños a la misma) (nn. 11-16); c) las «sustitutas» que se prestan a la inseminación y a la entrega del recién nacido (nn. 17-18).

Las problemáticas de orden médico difieren netamente de una técnica a otra: algunas (como por ejemplo, aquéllas basadas en la FIV) son complejas y aplicables sólo en centros de elevada calificación; otras (inseminación del «donador»; madres «sustitutas») son en cambio simples y de casi banal aplicación, prestándose con mayor facilidad a especulaciones y abusos. Una problemática que une a todas las «heterólogas» es la selección del «donador» extraño a la pareja: ha de considerarse el riesgo de transmitir al niño anomalías genéticas o enfermedades infecciosas (sífilis, gonorrea, hepatitis viral, SIDA, etc.) que podrían dañar a la madre misma y/o hacer patológico el curso del embarazo y eventualmente infectar al niño (American Fertility Society, 1988).

Hasta aquí la mera enumeración de las principales técnicas disponibles para las prácticas heterólogas. Sin embargo, desde una perspectiva ética —que es la que aquí importa— estos procedimientos deben ser rechazados por resultar inaceptables. En pirmer lugar, porque la fecundación de una mujer casada con el esperma de un «donador» distinto de su marido es moralmente ilícita. En segundo lugar, porque la fecundación de un óvulo no procedente de la esposa, aunque el esperma sí proceda del marido, resulta de forma análoga a la anterior, moralmente ilícita. Y, en tercer lugar, porque aunque las intenciones de los esposos de superar su esterilidad sean subjetivamente buenas, en ningún caso variará por ello el juicio moral respecto a esta práctica. Es cierto que el deseo de tener hijos de los padres estériles —que no pueden superar su esterilidad apelando a otros procedimientos— es una cosa en sí misma buena, pero esa bondad no puede conferir licitud alguna a las técnicas de inseminación heteróloga.

Las tres razones que acabamos de ofrecer, tal vez puedan parecernos excesivamente exigentes, pero en modo alguno lo son.

b) Problemas ético-psicológicos

En cualquier caso, los distintos tipos de prácticas «heterólogas» se encuentran gravados por *problemas de orden ético, psicológico y también social* (Elias y Annas, 1986). Los más consistentes son aquéllos relativos a los casos en los cuales deba valerse del útero de una extraña (nn. 9-18), por la evidente «instrumentalización» de otra persona y por los inevitables problemas psicológicos que derivan de la directa implicación de esta última. En el caso de la «donación» de oocitos fecundados *in vivo* (nn. 9-12), se suma la posibilidad de otro daño más al embrión por el lavado del útero o por impedirse que el embarazo prosiga en el útero de la «donadora» (generando una interrupción voluntaria del embarazo). La mencionada ley alemana (diciembre 1990) prohíbe, ya sea la práctica de la madre «portadora» o madre sustituta (útero «de alquiler»), ya sea la práctica de la extracción del embrión por medio del «lavado» uterino antes del anidamiento, cualquiera que sea el fin que se persiga.

No menos relevantes son los problemas derivados de las simples «donaciones» de gametos. Entre éstas, la «donación» del semen (IAD), es una técnica sencilla, que está muy difundida y ha sido aplicada desde hace algunos decenios. Ha sido objeto también de muchos estudios de tipo psicológico, que han puesto de relieve los numerosos problemas que comportan en el «padre» y en la «madre», y que, inevitablemente, de uno u otro modo, repercuten también negativamente sobre el niño (Back y Snowden, 1988; Mahlstedt y Greenfeld, 1989; Edelman, 1989; Matot y Gustin, 1990).

Particular atención se ha dedicado en los últimos años a los problemas derivados del «secreto» o mejor de la falsedad que lleva a los cónyuges a hacer pasar al niño, frente a todos, como si fuera su propio hijo. «La percepción de la existencia de este secreto puede minar la entera red de las relaciones familiares. Los niños IAD pueden sentirse oscuramente engañados por sus propios padres y experimentar que son diversos de los otros, en algún modo, y que las personas a quienes ven como sus padres no son sus verdaderos padres»,

TABLA

Técnicas de reproducción artificial (1)(2)

	Fuente de los gametos: Hombre	Fuente de los gametos: Mujer	Sitio de la fecundación	Sitio del embarazo	Notas
1.	H	E	E	E	IA, GIFT, GIUT(3) (homólogas)
2.	H	E	L	E	FIV-ET(4) (homólogas)
3.	III	E	E	E	IAH, GIFT con donación de semen
4.	H	III	E	E	GIFT con donación de oocito
5.	III	III	E	E	GIFT con donación de ambas gametas
6.	III	E	L	E	FIV-ET con donación de semen
7.	H	III	L	E	FIV-ET con donación de oocitos
8.	III	III	L	E	FIV-ET con donación de ambas gametas (o donación de embrión)
9.	H	III	III	E	IA con donación más lavado uterino y transferencia del embrión (SET)(5)
10.	III	III	III	E	IA de una donadora con semen donado más lavado uterino (SET)(5)
11.	H	E	E(6)	III	Madre «portadora»
12.	III	E	E(6)	III	Madre «portadora»
13.	H	E	L(7)	III	Madre «portadora»
14.	III	E	L(7)	III	Madre «portadora»
15.	H	III	L(7)	IV	Madre «portadora»
16.	III	III	L(7)	IV	Madre «portadora»
17.	H	III	III	III	Madre sustituta
18.	III	III	III	III	Madre sustituta

(1) De Ethics Committee of the American Fertility Society, *Fertil. Steril.*, 53, supl. 2, 1990, modificada;
(2) H = Hombre; E = Mujer; L = Laboratorio; III = tercero sustituto: donadora o madre «portadora» o madre sustituta; IV = otra extraña (madre «portadora»);
(3) IA = Inseminación artificial; GIFT = Gametes Intra-Fallopian Transfer; GIUT = Gametes Intra-Uterine Transfer;
(4) FIV-ET = fecundación *in vitro* y transferencia del embrión;
(5) SET = Surrogate Embryo Transfer;
(6) Lavado uterino, con sucesiva transferencia al útero de la madre sustituta;
(7) FIV-ET con transferencia del embrión al útero de la madre portadora.

ésta es la preocupación expresada, de modo unánime, por los miembros de la Comisión Warnock, que también, como es sabido, se ha mostrado muy «abierta» sobre muchos aspectos de las nuevas tecnologías en el ámbito de la reproducción humana.

A raíz de tal consideración, la Comisión Warnock ha sugerido y recomendado mayor «claridad» en el caso de la IAD y, en general, de las prácticas heterólogas. Esto exige, junto al anonimato del «donador», el compromiso de la pareja de informar al niño una vez que alcance cierta edad y siempre con el oportuno apoyo psicológico.

La ley sueca sobre la inseminación (diciembre de 1984) va más allá, dando la posibilidad al hijo —una vez alcanzados los 18 años— de conocer al propio padre genético (el «donante»). Las anteriores directrices, en evidente contraste con la praxis común y con la tendencia de las parejas a exigir el «secreto» como lo *conditio sine qua non* para la inseminación (más del 90 por ciento no se lo dirían al hijo), encuentran un creciente consenso en otras naciones centroeuropeas.

Hasta aquí algunas de las incoherencias, hoy frecuentes: de un lado, la consideración del «secreto», que es visto por muchos como un peligro. De otro, las graves dificultades que muchos encuentran para proceder a las prácticas «heterólogas» si deben satisfacer el requisito de informar sin «secretos» al niño, lo que muy probablemente esté cargado de una elevada «toxicidad psicológica».

Resulta verdaderamente difícil sostener que las prácticas «heterólogas» reúnen los requisitos necesarios que son exigibles a los remedios terapéuticos, es decir, el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos. Es más, considerando las contradictorias preocupaciones anteriores, más bien parecería que ocurre exactamente lo contrario. Someter a los pacientes a un tratamiento, del que se tiene suficientes motivos para suponerlo arriesgado —bien sea por falta de información o por no haberlo meditado suficientemente— y que con frecuencia genera ansiedad en los padres, nos parece que es muy discutible. Todavía más si se considera que quien corre los mayores riesgos no son los solicitantes, sino un tercero, el niño, al que, obviamente, no se le ha consultado.

Es posible que una pareja con un gran equilibrio interior tenga cierta probabilidad de pasar indemne por esta experiencia y salvaguardar al hijo de otras nefastas consecuencias. Pero nos parece que la selección de dichas parejas y, sobre todo, la predicción de que tal equilibrio será mantenido en los decenios siguientes, es una tarea que resulta casi imposible para los «técnicos».

En este sentido, es de interés lo que ha establecido el Parlamento Europeo. Después de haber subrayado «que la fecundación heteróloga intracorporal o *in vitro* no es deseable» solicita que, «en el caso de que este principio no sea acogido por cualquiera de los Estados miembro», las parejas sean sometidas a un «juicio de idoneidad en el que se aplique, por analogía, lo previsto en las respectivas leyes sobre la adopción». Es muy probable, sin embargo, que estas precauciones no estén a la altura del derecho inalienable que todo niño —también el procedente de la práctica «heteróloga»— tiene: el inalienable derecho de cada ser humano a ser un auténtico hijo de sus padres y a formar parte de una auténtica familia, cualquiera que sea el punto de vista desde el que se le contemple.

Bibliografía

AAFJES, J. H.; VAN DER VIJVER, J. C. M.; SCHENCK, P. E. (1978): «The duration of infertility: an important datum for the fertility prognosis of men with semen abnormalities», en *Fertil. Steril.*, 30, p. 423.

AMERICAN FERTILITY SOCIETY (1988): «Revised new guidelines for the use of semen-donor insemination», en *Fertil. Steril.*, 49, p. 211.

ASCH, R. H.; ELLSWORTH, L. R.; BALMACEDA, J. P.; WONG, P. C. (1984): «Pregnancy after translaparoscopic gamete intrafallopian transfer», en *The Lancet*, 2., p. 1034.

BACK, K. W.; SNOWDEN, R. (1988): «The anonymity of the gamete donor», en *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 9., p. 191.

BIGGERS, J. D. (1990): «Arbitrary partitions of prenatal life», en *Human Reprod.* 5, p 1.

CAMPAGNOLI, C.; BRIGANTE, C.; BUSACCA, M.; DI SARIO, M. M.; DOLDI N.; PERIS, C.; BIGANO, P.; BIGNALI, M. (1991): «Pregnancies following gamete intrauterine transfer (GIUT) in patients with tubal infertility», en *Gynecol. Endocrinol.*, 5, suppl. 1, p. 40.

CITTADINI, E.; CAMPARETTO, G.; GUASTELLA, G.; GULLO, D.; PELLEGRINI, S.; PERINO, A.; VENEZIA, R. (1988): «Gametes intrafallopian transfer: different routes of transfer», en *Acta Europ. Pertil*, 19, p. 217.

CRAFT, J.; MCLEOD, F.; GREEN, S.; DJAHANBAKHCH, O.; BERNAER, A.; TWINGG, H. (1982): «Human pregnancy following oocyte and sperm transfer to the uterus», en *The Lancet*, 1, p. 1031.

EDELMANN, R. J. (1989): «Psychological aspects of artificial insemination by donor», en *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 10, p. 3.

EDWARDS, R. G. (1990): «A decade of in vitro fertilization», en *Research in Reprod.*, 22, p. 1.

FLEMING, R.; JAMIESON, M. E.; HAMILTON, M. P. R. (1988): «The use of GnRH analogues in combination with exogenous gonadotropins in infertile women», en *Acta Endocrinol.*, 119, supl. 288, 77.

GARCÍA, J. (1980): «Return to the natural cycle for in vitro fertilization (Alleluia! Alleluia!)», en *J. in Vitro Fertil. Embryo Transfer*, 6, p. 2.

GREENFELD, D. A.; DIAMOND, M. P.; DE CHERNEY, A. H. (1988): «Grief reactions following in vitro fertilization treatment», en *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 8, p. 169.

JONES, W. Jr.; SCHRADER, C. (1987): «The process of human fertilization: implications for moral status», en *Fertil. Steril.*, 48, p 189.

KUBIK C. J.; GUZICK, D. S.; BERGA, S. L.; ZELEZNIK, A. J. (1990): «Establishment of pregnancies in humans after transcervical transfer of gametes immediately after oocyte retrieval», en *Fertil. Steril.*, 54, p. 1174.

LOPATA, A.; JOHNSTON, W. H. I.; HOULT, I. J.; SPEIRS, A. (1980): «Pregnancy following of a preovulatory egg», en *Fertil. Steril.*, 33, p. 117.

MAHLSTEDT, P. P.; GREENFELD, D. A. (1989): «Assisted reproductive technology with donor gametes: The need for patient preparation», en *Fertil. Steril.*, 52, p. 908.

MARCONI, G.; QUINTANA, R.; AUGE, L.; RAFFO, F.; OSSES, R.; YOUNG, E. (1989): «Does sexual intercourse improve pregnancy rates in gamete intrafallopian transfer», en *Fertil. Steril.*, 51, p. 357.

MATOT J. P.; GUSTIN, M. L. (1990): «Filiation and secrecy in artificial insemination with donor», en *Human Reprod.*, 5, p. 632.

MATSON, P. L.; YOVICH, J. M.; BOOTSMA, B. D.; SPITTLE, J. W.; YOVICH, J. L. (1987): «The in vitro fertilization of supernumerary oocytes in a gamete intrafallopian transfer program», en *Fertil. Steril.*, 47, p. 802.

MEDICAL RESEARCH INTERNATIONAL, Society for Assisted Reproductive Technology, and The American Fertility Society (1992): «In vitro fertilization-embryo transfer (IVF-ET) in the United States: 1989 results from the IVF-ET Registry», en *Fertil. Steril.*, 57, p. 15.

MELIS, G. B.; PAOLETTI, A. M.; STRIGINI, F.; MENCHINI FABRIS, F.; CANALE, D.; FIORETTI, P. (1987): «Pharmacological induction of multiple follicular development improves the success rate of artificial insemination with husband's semen (AIH) in couples with male related or unexplained infertility», *Fertil. Steril.*, 47, p. 441.

PERIS, C.; LANZA, M. G.; BELFORTE, P.; BOTTA, D.; DI SARIO, M. M.; ERRANTE, G.; VERDI, P.; CAMPAGNOLI, C. (1990): «Ovarian hyperstimulation with a GnRH analog plus gonadotropins in the treatment of long-standing unexplained or male-related infertility», en *Research Reports on Gynecology and Obstetrics*, vol. 1, GENAZZANI, A. R.; PETRAGLIA, F.; VOLPE, A. (eds.): p. 125, Carnforth, Parthenon Publ., p. 45.

READING A. E.; KERIN, J. (1989): «Psychologic aspects of providing infertility services», en *J. Reprod. Med.*, 34, p. 861.

RIZK, B.; BEKIR, J. S.; AVERY, S.; SMITH, S.; EDWARDS, R. G. (1990): «Intrauterine replacement of oocytes with bound sperms: a pilot study», en *Human Reprod.*, Abstracts II Joint ESCO-ESHRE Meeting, Milán.

STEPTOE, P. C.; EDWARDS, R. G. (1978): «Birth after reimplantation of a human embryo», en *The Lancet*, 2, p. 366.

STERZIK, K.; ROSENBUSCH, B.; GRAB, D.; LAURITZEN, C. (1991): «Pregnancies following direct oocyte-sperm transfer (DOST): A simple alternative to conventional in vitro fertilization (IVF) (letter)», en *J. in Vitro Fert. Embryo Transfer*, 8, p. 241.

STRIGINI, F.; MELIS, G. B.; DE RUGGIERO, A.; OLIVIERI, L.; FIORETTI, P. (1991): «Induction of multiple follicular development before timed vaginal intercourse in couples with male-related or unexplained infertility», en *Gynecol. Endocrinol.*, 5, supl. 1, 41.

THE ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY (1986): «Ethical considerations of the new reproductive tecnologies», en *Fertil. Steril.*, 46, supl. 1.

VAN DEN ABBEL, E.; VAN DER ELST, J.; VAN WAESBERGHE, L.; CAMUS, M.; DEVROEY, P.; KHAN, I.; SMITZ, J.; STAESSEN, C.; WISANTO, A.; VAN STEIRTEGHEM, A. (1988): «Hyperstimulation: the need for cryopreservation of embryos». *Human Reprod.*, 3, supl. 2, p. 53.

VAN HALL V. (1988): «Manipulation of human reproduction», en *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 9, p. 207.

VEERSEMA, S.; BERNARDUS, R. E.; VEERSEMA, D.; VERMEIDEN, J. P. W.; SCHOEMAKER, J. (1989): «Pregnancy following transcervical transfer of oocyte and sperm», en *N. Engl. J. Med.*, 320, p. 1499.

WANG, D. F.; GEMZELL, J. (1979): «Pregnancy following treatment with human gonadotropins in primary unexplained infertility», en *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 58, p. 141.

WELNER, S.; DE CHERNEY, A. H.; POLAN, M. L. (1988): «Human menopausal gonadotropins: a justifiable therapy in ovulatory women with long-standing idiopathic infertility», en *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 158, p. 11.

YOVICH, J. L.; STANGER, J. D.; YOVICH, J. M.; TURNER, S. R.; NEWMAN, B. D. (1984): «Treatment of male infertility by in vitro fertilization», en *The Lancet*, 2, p. 169.

ZAVOS, P. M. (1985): «Characteristics of human ejaculates collected via masturbation and a new silastic seminal fluid collection device», en *Fertil. Steril.*, 43, p. 491.

11. INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO PRENATAL

E. Junceda Avello

Introducción

El diagnóstico antenatal de los defectos o enfermedades congénitas constituye, en la actualidad, un objetivo principal de la Medicina Preventiva. Es obvio que el tocólogo, en su función asistencial, debe reconocer con la mayor objetividad y precisión posibles el estado fetal durante la gravidez. De aquí que haya de implicarse en la sistemática general de los cuidados prenatales que conviene seguir con la embarazada, en el ámbito de una correcta maternología profiláctica, especialmente en aquellas personas con un cierto riesgo potencial de padecer estas alteraciones. El diagnóstico prenatal debe extenderse a todos los embarazos con independencia de cualquier condicionamiento social o económico.

Es evidente que estos medios diagnósticos prenatales pueden salvar algunas vidas humanas de fetos tarados, al permitir, en unos casos, la instauración de tratamientos precoces y, en otros, al conocer precozmente los posibles trastornos genéticos o aberraciones cromosómicas existentes. En otras ocasiones hay que prestar especial atención a las enfermedades metabólicas que pudieran observarse o a las eventuales malformaciones que en su desarrollo pueden afectar al feto en gestación, y cuya incidencia es del 2-3 por ciento en el conjunto de los nacimientos.

Éste es el caso del diagnóstico, durante el tercer trimestre del embarazo, de la eritroblastosis fetal causada por incompatibilidad feto-materna en el grupo sanguíneo Rhesus que permite su tratamiento mediante la transfusión sanguínea intrauterina (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 1983).

En el síndrome adrenogenital por déficit de 21-hidroxilasa se han conseguido resultados satisfactorios inyectando cortisona, periódicamente, al feto del sexo femenino para prevenir la masculinización de los genitales externos.

Las mujeres gestantes con fenil-cetonuria (trastorno genético autosómico recesivo) presentan elevados niveles plasmáticos de fenil-alanina que origina complicaciones fetales graves (microencefalia, retraso mental, cardiopatías congénitas, etc.). En estas pacientes la instauración del tratamiento dietético preconcepcional o durante las primeras etapas del embarazo, constituye el único medio de prevención de dichas complicaciones. Basta por ello con restringir en la dieta la fenil-alanina. Lo mismo debe aconsejarse en otros casos respecto de la galactosemia, otro error congénito del metabolismo.

En otras circunstancias, el planteamiento terapéutico es muy difícil o casi imposible, pero en cualquier caso estos recursos diagnósticos permiten conocer —incluso en etapas más tempranas del curso gestacional— la posible afectación del feto y la prestación de los oportunos cuidados médicos tras el nacimiento en un centro médico dotado con equipo de cirugía pediátrica permanente, UVI neonatal, etcétera.

En el mejor de los casos, estos procedimientos diagnósticos permiten conocer el normal desarrollo del feto con lo que esto significa para la tranquilidad psicológica de sus padres, especialmente si con anterioridad han tenido un hijo mongólico. En los casos en los que el riesgo de recidiva sea remoto, la educación diagnóstica prenatal contribuye a algo muy importante: ayudar a los padres a esperar, sin problemas ni temores, una nueva concepción.

En el ámbito de la terapia genética puede emplearse la transferencia de genes en los trastornos por déficit enzimáticos y en las hemoglobinopatías e inmunodeficiencias, el trasplante de células primordiales de la médula ósea.

La decisión de un tratamiento prenatal, una vez que disponemos del diagnóstico de la alteración

fetal, se debe basar en los dos principios básicos siguientes:

1. Que exista una esperanza razonable de que, tras el tratamiento, el niño nazca sano.

2. Que el feto sea más beneficiado por la terapia fetal que por el tratamiento postnatal.

Mas estas técnicas diagnósticas y opcionalmente terapéuticas no se pueden utilizar en toda la población gestante, pues ni existe razón científica para ello ni suficientes posibilidades económicas para hacer frente al gasto ocasionado por este tipo de estudios. Estos programas de chequeo diagnóstico prenatal, no obstante, han de ser valorados más de acuerdo con criterios éticos que económicos. No se olvide que realizarlos o no puede representar un problema de vida o muerte para el feto. Precisamente por eso no debieran depender de sólo razones económicas. La esencia de estas técnicas diagnósticas estriba en alentar el nacimiento de fetos que, de otra forma, acaso hubieran perecido en el claustro materno o hubieran nacido con graves perturbaciones.

Sin embargo, debe orientarse, por tanto, hacia aquellos casos en que los progenitores ya han tenido un hijo tarado (mediante una *profilaxis retrospectiva*), o bien, cuando los padres, aun teniendo hijos sanos, tienen ciertos antecedentes familiares en su historial (*profilaxis prospectiva*).

Del mismo modo, serán susceptibles de estudio ciertos grupos étnicos en los que determinadas enfermedades son más frecuentes, como la raza judía *ashkenazi* de origen europeo oriental, respecto del síndrome de Tay-Sachs, o los negros americanos respecto de la anemia de células falciformes o depanocítica, los pueblos mediterráneos ante la talasemia y también las mujeres añosas, por ser más propicias a tener hijos con síndrome de Down.

Esto es lo que se conceptualiza, en definitiva, como alto riesgo. El médico alertará a su paciente no sólo ante estos casos, sino también en aquellas circunstancias en que esta información no hubiese sido solicitada por la pareja. El diagnóstico prenatal puede contribuir a salvar la vida de niños que nazcan sanos, a pesar de haber transcurrido sus respectivas gestaciones bajo el signo del riesgo.

Los riesgos de las técnicas que luego consideraremos sobrepasan a sus beneficios potenciales. Es necesario, por eso, precisar cuáles son las indicaciones específicas para el diagnóstico prenatal, en la seguridad de que su empleo no comporta, en esas circunstancias, nada malo o reprobable desde las perspectiva de la Ética.

La población de *alto riesgo*, en lo relativo a la exigencia de diagnóstico prenatal, estaría caracterizada por la presencia en su clínica personal y familiar de los siguientes indicadores:

• Padres añosos: padre con 41 años o más y madre con 38 o más años.

• Presencia de antecedentes familiares: haber concebido un hijo con cromosomopatía.

• Padres portadores de alteraciones cromosómicas.

• Padecimiento de enfermedades ligadas al sexo.

• Antecedentes familiares de hijos con anomalías o defectos de cierre neural.

• Padres heterocigotos respecto de ciertas metabolopatías.

• Antecedentes de muertes fetales múltiples o hijo muerto en el período neonatal.

Procedimientos y etapas en el diagnóstico prenatal

El diagnóstico prenatal puede ser directo (anamnesis, exploración clínica, etc.) o indirecto (pruebas bioquímicas o inmunológicas de laboratorio, endoscopias, biopsia, procedimientos de imágenes, etc.).

En función de dónde actúan los procedimientos de intervención, los clasificaremos como siguen:

a) Métodos que actúan sobre el *medio materno*, como la determinación de alfafetoproteína en suero (AFP-sm). Este método de diagnóstico bioquímico del suero materno, junto con la ecografía, configuran la metodología diagnóstica incruenta.

b) Métodos que actúan sobre el *medio fetal*, como la centesis, fetoscopia, biopsia corial, tomas de sangre, etc. Todos estos procedimientos pueden incluirse en los métodos cruentos.

En el diagnóstico prenatal pueden utilizarse tanto el líquido amniótico como las células suspendidas en él. Las células del sedimento, una vez que éste se ha centrifugado, pueden ser estudiadas en fresco y por cultivo. Entre las primeras puede destacarse el estudio de la cromatina (test de Barr), y entre las segundas, las pruebas que detectan las alteraciones bioquímicas y/o cromosómicas.

El cultivo de las células del líquido amniótico es un paso obligado para establecer cualquier diagnóstico prenatal de una eventual anomalía o de un error congénito del metabolismo (en el que se precisan unas determinadas valoraciones enzimáticas o metabólicas), ya que no es suficiente el estudio genérico o global de los errores metabólicos o congénitos.

a) Ecografía

La ultrasonografía es un método que puede utilizarse en el diagnóstico prenatal, tanto aisladamente como un procedimiento complementario de ayuda a otros métodos (amniocentesis, biopsia del corion, etc).

La ecografía precisa de un aparataje de alta resolución y de un experto ecografista en el manejo de estas técnicas. La información obtenida por esta técnica no invasiva tiene la ventaja de ser inmediata, pero también el inconveniente de que muchas de las anormalidades no se pueden precisar antes de las 18-20 semanas o más.

Su riesgo es nulo, por ser inocua tanto para la madre como para el feto.

Puede afirmarse que el diagnóstico ecográfico de una eventual anomalía fetal no debe comunicarse a la madre, hasta que no se haya verificado y tengamos la suficiente certeza. Esto quiere decir que la ecografía sistemática precisa de ulterior control. Cuando se comunique a la madre debe tenerse en cuenta que tal acción exige tacto y delicadeza.

b) Radiografía

El estudio radiográfico valora eventuales anomalías esqueléticas (radiografía simple) y/o de tejidos blandos fetales (amniografía).

Esta exploración —una variante de la radiografía convencional— tiene la desventaja del riesgo de ionización y de que no es un procedimiento de utilización precoz, salvo en el caso de la amniografía.

c) Amniocentesis

La punción amniótica precoz (amniocentesis temprana) suele realizarse a partir de la decimosexta semana, fecha en la que el volumen del líquido amniótico es de 200 ml, ya que antes de esta fecha no suelen existir células en el líquido amniótico. No se deben extraer más de 15-20 ml de fluido amniótico. El volumen de líquido amniótico extraído no debe ser superior a 1 ml/semana de gestación. No deben realizarse más de dos intentos de punción, siendo necesario esperar siete días, en caso de fracaso, antes de repetir una nueva punción.

Esta técnica, sin duda la más difundida, debe realizarse bajo control ecoscópico continuo y por personal especializado. Posteriormente se llevará a efecto el estudio bioquímico, cromosómico y encimático de la muestra que se ha tomado de líquido amniótico.

Esta técnica de amniocentesis precoz es invasiva y aparte de las complicaciones menores que puede ocasionar (contracciones, dolores, etc.), hay otras más infrecuentes e importantes —y también posibles—, como la infección intrauterina, desprendimiento placentario, inmunización materna Rh, etc., que conllevan la interrupción del embarazo, es decir, el aborto. Su incidencia es del 1,5 al 4 por ciento. De ahí que esta técnica no deba utilizarse cuando el riesgo de padecer una enfermedad específica sea menor que el riesgo generado por la amniocentesis.

La amniocentesis está indicada en el diagnóstico de anomalías cromosómicas (lo más común), para hacer dosificaciones enzimáticas en ciertas enfermedades metabólicas, para la determinación de la alfafetoproteína (AFP) y el diagnóstico del sexo fetal. Muchos son, por consiguiente, los parámetros que en este líquido pueden estudiarse.

La amniocentesis por *riesgo cromosómico* suele estar indicada en los embarazos de madres añosas, cuando haya un hijo que con anterioridad padece de alteraciones cromosómicas (translocación, inversiones, etc.), en madres portadoras en un 50 por ciento de enfermedades recesivas ligadas al sexo (cromosoma X), como pueden ser la distrofia muscular progresiva tipo Duchénne, la hemofilia, el síndrome de Lesch-Nyhan, el síndrome de Hunter o la mucopolisacaridosis tipo II, etc., y en otras muchas enfermedades metabólicas (síndrome de Fabre, etc.).

Las técnicas de tinción del corpúsculo de Barr, es decir, la comprobación de la condensación cromatínica propia de las células femeninas es fácil y rápida. De esta forma, junto con la tinción por fluorescencia del cromosoma Y, puede hacerse sin error la *determinación prenatal del sexo*.

La *determinación* del *cariotipo fetal* en células cultivadas sirve para diagnosticar una posible alteración cromosómica o bien para conocer o confirmar el diagnóstico, en el caso de enfermedades recesivas ligadas al sexo.

Los problemas éticos de la amniocentesis se fundamentan en los posibles riesgos que su prác-

tica puede acarrear. De otra parte, su ejecución no tiene sentido si quien opta por ella, lamentablemente, no está predispuesto al aborto, en función de cuál sea el resultado que se obtenga. La mentalidad agresiva e irrespetuosa para con la vida humana es frecuente en quienes sobreestiman las indicaciones para la amniocentesis.

d) Determinación de la alfafetoproteína (AFP)

Las anomalías del tubo neural (anencefalia, espina bífida, etc.) pueden detectarse por una elevación de la alfafetoproteína (AFP), que es una proteína que en la especie humana aparece al comienzo de la vida embrionaria y que persiste luego a lo largo de la vida. La elevación anormal de AFP en suero materno —ya que su determinación en el suero materno (AFP-sm) es menos específico y sensible— exige una confirmación diagnóstica más rigurosa y fiable. Por eso, a partir de las 16-17 semanas suele determinarse en el líquido amniótico (AFP-la), con fines exclusivamente diagnósticos.

Esta elevación no sólo acontece en las anomalías del tubo neuronal, sino que también puede observarse en casos de incompatibilidad Rh, muerte fetal, gemelaridad, etc. En el caso de que haga sospechar la presencia de tales anomalías, deben confirmarse por ecografía complementaria. Con los modernos aparatos de alta resolución de que hoy disponemos y en manos expertas, es posible el diagnóstico de estas alteraciones en la generalidad de los casos que cursan con elevación de AFP antes de las 23 semanas. El aumento progresivo de esta proteína alcanza su máximo entre las semanas 13 y 20 del embarazo, a partir de cuya fecha tiende a decrecer.

Recordemos que tales defectos ofrecen un riesgo de recidiva de un 2-4 por ciento, y de ahí que esta determinación sea aconsejable en aquellas parejas que hayan tenido un hijo portador de tal anomalía y en aquellas otras en que un estudio ecográfico previo haga sospechar una anomalía disráfica del tubo neural (espina bífida, meningocele, anencefalia, etc.).

Es necesario tener en cuenta que la asociación entre defectos del tubo neural y niveles elevados de AFP-la (descrita por primera vez en 1972), tiene un carácter inespecífico, pues la AFP-la puede estar elevada en otras malformaciones fetales abiertas (onfalocele), nefrosis congénita, atresia intestinal, síndrome de Turner, etc., e incluso aparecer también en fetos normales, lo que podría motivar el aborto selectivo de un feto normal y sano.

La determinación enzimológica de la acetilcolinestarasa cuando se asocia a la AFP, incrementa la sensibilidad y especificidad de este procedimiento de diagnóstico prenatal.

e) Biopsia corial

La biopsia corial para el estudio del cariotipo fetal, aunque es una técnica conocida desde el final de la década de los años 60 (Hahneman y Mohr), no fue introducida en Europa hasta 1983. Suele realizarse en torno a la novena semana de gestación (entre la 6.ª y la 12.ª). Se interviene por vía vaginotranscervical, a cuyo través se introduce un catéter para la extracción por aspiración del material ovular. La intervención se efectúa bajo control ecográfico para la mejor toma biópsica del trofoblasto. Otro procedimiento empleado, que conlleva menos riesgo, es el abordaje transabdominal para la realización de la biopsia del material velloso. También en este caso se realiza bajo control ultrasónico.

La biopsia corial constituye una alternativa a la amniocentesis precoz, técnica más económica y simple, en el diagnóstico prenatal de enfermedades genéticas, en las que por lo general está igualmente indicada.

Este procedimiento permite la detección precoz de enfermedades genéticas (sobre todo la mucoviscidosis, la más frecuente y grave de éstas) y, asimismo, facilita el estudio del *DNA recombinante* a través de técnicas de genética molecular y de bioquímica genética. Este método posibilita también el conocimiento del sexo fetal en sus fases iniciales aunque, sin embargo, se emplee muy poco para esta finalidad.

El riesgo biópsico de provocar un aborto es superior al de la amniocentesis y es de alrededor del 2-3 por ciento o superior. El riesgo de aborto no depende sólo del dominio mayor o menor de la técnica, sino también del tiempo del embarazo. El riesgo de aborto es mayor cuando la biopsia corial se realiza antes de la 9.ª semana (4 por ciento), y después de la 11.ª (4,1 por ciento de abortos). Otros autores han comunicado tasas más altas, de hasta el 15 por ciento.

f) Fetoscopia

Esta delicada técnica (descrita por Westin, por primera vez, en 1954) se lleva a cabo introduciendo un endoscopio o fetoscopio en la cavidad ovular a través de la pared abdominal, también bajo control ecográfico. Se trata de un fino tubo de fibra óptica con una lente en su extremo a fin de poder visualizar al feto y la cara fetal de la placenta. Se emplea a partir de las 18 semanas o más de gestación y sirve para detectar, mediante inspección visual, posibles malformaciones congénitas del metabolismo que no se manifiesten en las células del líquido amniótico y que no sean susceptibles de diagnóstico a través del ADN.

Su indicación más frecuente (80 por ciento) es la extracción de hematíes *in utero*, tomándose las muestras de los vasos fetales que cruzan la cara fetal de la placenta o bien del propio cordón (*funiculocentesis* o *cordocentesis*).

En la actualidad, la combinación de procedimientos como la alfafetoproteína (en suero y líquido amniótico) y la ecografía excluyen la potencial indicación de la observación fetal directa.

Este método fetoscópico es, no obstante, valioso cuando hay que confirmar ciertos resultados cromosómicos ambiguos ofrecidos por la amniocentesis, como acontece en el caso de los mosaicos. Es también válido para el diagnóstico prenatal de la rubeola congénita y para el diagnóstico del síndrome del cromosoma X frágil, responsable de la subnormalidad masculina (el segundo en frecuencia, tras el síndrome de Down).

Debemos advertir, finalmente, que la fetoscopia es una operación peligrosa que entraña un mayor riesgo de aborto que la amniocentesis (alrededor del 4 por ciento, aun en manos expertas) y que no debe utilizarse más que en el diagnóstico de graves trastornos fetales no diagnosticables por otros procedimientos.

Consideraciones éticas

Antes de poner en práctica cualquiera de los anteriores procedimientos diagnósticos prenatales, es preciso que el clínico evalúe la necesidad y pertinencia de su realización, adecuando cada una de las técnicas o procedimientos empleados en función del fin diagnóstico que se persigue y teniendo presente siempre el índice eficacia-peligrosidad del método empleado.

Los padres deben estar plenamente informados de los posibles riesgos, de las probabilidades de alcanzar la finalidad diagnóstica perseguida, así como de la gravedad y pronóstico que el uso de tales procedimientos pueda tener para el feto. Sólo a los padres incumbe —y no al geneticista— el tomar decisiones. A este último sólo le cumple un papel informativo y de asesoramiento, pero no ejecutivo o directo. De este modo, los padres, honrada y convenientemente informados, podrán optar siempre por tomar una decisión procreativa.

En casos de anencefalia y de otras malformaciones o ante defectos incompatibles con la vida (por encefalia, agenesia renal, etc.) no suele plantearse ningún problema ético, pues el fruto es inviable. Sin embargo, algunos toman equívocamente la decisión del aborto en evitación, según dicen, del nacimiento de un feto malformado no viable. Tal conducta, además de ser poco ética y occisiva para el feto, conlleva un riesgo materno adicional por la interrupción de la gestación.

Recordemos que la anencefalia cursa por lo común con un parto normal y cuando los fetos nacen vivos fallecen antes de la primera hora, pues es una anomalía incompatible con la vida. No podemos compartir, por tanto, la actual actitud terapéutica que hace depender del diagnóstico prenatal la sistemática interrupción voluntaria del embarazo, especialmente para evitar el «shock psicológico» que se produciría en los padres en el momento del parto y también para no mantener en ellos una vana esperanza.

No sucede así en los casos de malformaciones compatibles con la vida, como puede ser la espina bífida, con una supervivencia más o menos complicada, ya que el cierre quirúrgico de la médula, como sucede en el meningocele, puede generar previsibles secuelas de parálisis de las extremidades inferiores, hidrocefalia, incontinencia urinaria, etc. Ante esta minusvalía orgánica y ante las necesidades de tipo económico y asistencial que estos pacientes precisan en el ámbito familiar, es posible que conduzca a la embarazada o a sus familiares más directos a infravalorar la calidad de vida del futuro niño, considerándola como despreciable, hasta el punto de que no merece la pena ser vivida. Nada menos cierto que esto.

La idea del aborto comienza, entonces, a tomar cuerpo. En este caso, el aborto es considerado como menos traumático que el nacimiento de un niño enfermo. La misma determinación de la pareja a realizar estas pruebas de diagnóstico prenatal, cuando los resultados son positivos, le predisponen a pensar en la posibilidad de la interrupción abortiva. Pero de ello debemos estar avisados.

Pocas son las personas que con antecedentes

de espina bífida u otra anomalía optan por esta decisión diagnóstica con un propósito únicamente informativo o para combatir la angustia suscitada por una eventual repetición. Este hecho tiene una incidencia del 5-10 por ciento de los casos. Zachary hace notar, juiciosamente, que, si ofrecemos esta información a un matrimonio, es posible que se altere y quizá no tenga más hijos, pero si les decimos que sus futuros hijos tienen un 90-95 por ciento de probabilidades de nacer sanos, que es ciertamente lo mismo, se sienten aliviados.

Esto quiere decir, que la información genética es preferible hacerla de modo positivo: manifestar que hay un riesgo de 5-10 por ciento, pero también un 90-95 por ciento de posibilidades de que el próximo hijo no nazca afectado. La información debe ser dada con humanidad, pues el humanismo no está reñido con la tecnología.

El planteamiento verdaderamente ético está orientado a respetar la vida humana como un bien supremo que es, aun en el supuesto de que tenga alguna minusvalía, pues es indudable que es mejor ser que no ser. Téngase en cuenta que el concepto de vida feliz es un tanto relativo y que no hay nadie que, aun a pesar de sus limitaciones, no pueda encontrar algún deseo para seguir viviendo. Desde este último planteamiento no parece que sea defendible la opción del aborto.

La opción antiabortista no debería declinar, sin embargo, su participación en el diagnóstico prenatal, pues a través de ese conocimiento se puede, de algún modo, servir o favorecer el alivio humano.

Es menester recordar que las malformaciones orgánicas, cuando se presentan y se diagnostican, no pueden privar a ningún ser humano de su propia dignidad y de su derecho inalienable e intangible a la existencia. Todo lo que no sea respetar este principio ético supone caer en un materialismo vital.

Es bien sabido, y así lo hemos expuesto líneas atrás, cómo algunos autores, ante determinado tipo de defectos congénitos, acuden al aborto eugenésico selectivo. Esto es lo que sucede ante aquellas malformaciones anatómicas incompatibles con la vida (anencefalia, agenesia renal, riñones poliquísticos, etc.) o que comprometen gravemente su calidad (espina bífida, meningocele, hidrocefalia, etc.).

En la sistemática de la actuación obstétrica hay determinados defectos congénitos que no pueden dejarse espontáneamente evolucionar a través del parto vaginal. Es lo que acontece en los casos de cesárea selectiva (por hidrocefalia, teratoma sacrococcígeo, onfalocele, etc.) y siempre que se comprueba la presencia de sufrimiento fetal, sea éste crónico o agudo, lo que agravaría todavía más el parto.

Hay defectos que son también susceptibles de tratamiento intrauterino y que pueden experimentar un agravamiento anatómico progresivo durante la gestación (hidrocefalia progresiva, hidronefrosis creciente, hernia diafragmática, los cuales comportan hipoplasia pulmonar avanzada e insuficiencia cardiaca progresiva). Se comprende que en estos casos, dado que no pueden resolverse neonatalmente, se opte por otra solución. El adelantamiento del parto, en algunos casos, puede mejorar el pronóstico de ciertos defectos congénitos.

Desde el punto de vista ético, el diagnóstico prenatal es aceptable y válido si respeta la vida e integridad del embrión y del feto humano y siempre que de su estudio vayan a derivarse beneficios para su curación o conservación. El conocimiento precoz y antes del nacimiento de las limitaciones, trastornos y enfermedades que el feto padece, en el período intrauterino, permitirá de algún modo prever o arbitrar los medios terapéuticos pertinentes para mejorar esta indeseable situación. El diagnóstico prenatal debe tener como fin la curación y no una sentencia de muerte que, irremediablemente, conduzca al aborto del feto.

Es claro que, en este sentido, toda intervención médica es lícita, si los procedimientos diagnósticos empleados no son desproporcionados y/o sus riesgos superiores a los que se intentan evitar. Hay que contar con el consentimiento de los padres, convenientemente informados (mejor por escrito), en el que se haga constar que los métodos que se empleen irán encaminados a salvaguardar la vida e integridad de la madre y de su fruto.

Estos medios diagnósticos no resultarán lícitos si, como consecuencia de los resultados obtenidos, se sentasen indicaciones occisivas o abortivas, ya que un diagnóstico positivo de enfermedad (malformativa, hereditaria, etc.) no debe llevar consigo la equivalencia de una sentencia de muerte.

La interrupción «terapéutica» nunca será una alternativa ética a la patología congénita. La reciente instrucción vaticana sobre Bioética es clara en este punto, al considerar ilícita la actuación de la madre que solicite un diagnóstico prenatal con el decidido propósito de abortar, en el caso de que se confirme la presencia de malformaciones o de enfermedades en el feto. El mismo juicio debería de recaer sobre todos aquellos, cónyuges o parientes, que buscan en el diagnóstico este mismo fin y en el caso del médico que con su consejo

o colaboración se mostrase partidario de la reduccionista ecuación siguiente: diagnóstico prenatal positivo = aborto (aborto eugenésico selectivo).

«Un médico católico —señaló Pablo VI (alocución al V Congreso de Obstetricia y Ginecología Psicosomática)—, no debe prestarse a experiencias sobre el embrión o el feto humano, ni por el progreso de la ciencia, ni incluso si este ser estuviera destinado, por razones naturales o por los hechos criminales de los hombres, a perecer antes de haber visto la luz del día. Y, sobre todo, no puede, después de haber hecho un diagnóstico fetal, ceder a presiones como son las de los padres que quisieran recurrir a su ciencia para escapar a la prueba de traer al mundo un niño gravemente disminuido.»

Recientemente, Juan Pablo II (alocución al Congreso Internacional sobre síndrome de Down, mayo de 1989) ha rechazado el aborto como procedimiento para evitar el nacimiento de estos niños afectados. Y refiriéndose a ellos ha declarado que «son siempre personas humanas, en posesión de la misma dignidad inalienable, y con el consiguiente mismo derecho al respeto que goza cualquier persona».

Igualmente son condenables todas las campañas planificadas que, bajo un supuesto fin sanitario o científico encomiable, encubren (por parte de las autoridades civiles, sanitarias, médicas, etc.) una solapada promoción del aborto o invitan a él conculcando el derecho a la vida —aun para el más débil o enfermo—, y/o transgrediendo los prioritarios derechos y deberes de los progenitores.

Se ha dicho por algunos que los procedimientos prenatales de diagnóstico son inútiles o inoperantes de no existir el ánimo de una futura conducta abortiva. Este aserto sólo es parcialmente válido, pues es innegable que los resultados predictivos del diagnóstico pueden aportar mucho sosiego y tranquilidad a los padres que han tenido la desgracia de tener un hijo subnormal y, razonablemente, temen la posibilidad de una eventual repetición. Además de para este apoyo psicológico antenatal (cuando las pruebas son negativas), las pruebas diagnósticas sirven en los casos opuestos para ofrecer a la madre y al hijo tarado las ayudas médicas necesarias en el momento de su nacimiento e, incluso, en el período intrauterino.

En este último caso, el feto se convierte en paciente del médico. La fetología, como cualquier otra especialidad médica, tiene por fin procurar la salud y el mejor desarrollo vital del embrión y del feto, dentro siempre de una proporcionalidad aceptable de los riesgos y de sus ventajas. Sobre este punto, Juan Pablo II se ha pronunciado afirmando lo que sigue:

«Una acción estrictamente terapéutica que se proponga como objetivo la curación de diversas enfermedades, como las originadas por defectos cromosómicos, será, en principio, considerada deseable, supuesto que tienda a promover verdaderamente el bienestar personal del individuo, sin causar daño a su integridad y sin deteriorar sus condiciones de vida. Una acción de este tipo se sitúa de hecho en la lógica de la tradición moral cristiana. El consejero en genética —señala Stern— está en la misma situación del médico que ha diagnosticado una enfermedad incurable. No es suficiente decir la verdad, es necesario decirla humanamente.»

El médico, por tanto, no puede plantearse otra meta que la de intentar informar, aconsejar y animar a los padres, pero sin jamás imponer una determinada conducta, opción que debe quedar reservada únicamente a los progenitores.

Su participación debe ser *consentida, libre* e *informada*. El acceso de los progenitores a los métodos de diagnóstico prenatal, debe ser independiente de cualquier decisión que luego puedan tomar respecto a la continuación o no del embarazo.

El consejo y la orientación suele solicitarlo un alto porcentaje de las parejas que han tenido ya un hijo anormal o que tienen un historial familiar que les angustia o les hace sentirse culpables por transmitir determinada anomalía. Lo esencial del diagnóstico genético consiste en ofrecer, según Milunsky (1985), «la seguridad de tener de forma selectiva hijos no afectados, cuando el riesgo generativo de tener hijos defectuosos se hace inaceptablemente alto. No se busca eliminar a los descendientes defectuosos, sino abrir la puerta de la vida a niños que posiblemente nunca hubieran nacido. Verdaderamente, alrededor del 95 por ciento de todos los estudios diagnósticos prenatales concluyen en la actualidad con la demostración de la normalidad fetal».

La tasa de riesgo medio que cualquier pareja tiene de que un hijo nazca con alguna anomalía es, aproximadamente, del 2 por ciento. En cualquier caso, al diagnóstico prenatal no se le puede pedir que garantice la salud del recién nacido.

Es evidente que las técnicas diagnósticas suponen una importante ayuda, pues permiten tener a las familias con experiencia negativa en este terre-

no, hijos sanos y, a las madres angustiadas a causa de este problema, el que puedan gestar con tranquilidad al hijo anhelado, libres de daño psicológico y de sufrimiento moral.

De otra parte, ofrecer con cierta reserva una relativa seguridad en el caso del consejo o asesoramiento genético constituye, como ya hemos expuesto, una medida tranquilizadora que es siempre aconsejable durante el embarazo. El riesgo diagnóstico se debería incluir dentro de la accidentalidad que los cuidados médicos siempre entrañan.

El hecho de no aceptarse el aborto —que es el camino de la destrucción y de la muerte, incompatible para todo médico vocacional y sensible—, demuestra que existe otra alternativa que la de la discontinuidad, es decir, la de la vida, aunque ésta vaya excepcionalmente trenzada con la enfermedad o la malformación. El feto ha de recorrer su etapa intrauterina o prenatal, del mismo modo que tras el nacimiento surge una nueva etapa, la neonatal, en la que el médico establece su primer contacto con su nuevo paciente, el recién nacido.

Esta relación, que no puede estar éticamente orientada por el infanticidio, sino por los vínculos de la relación médico-paciente, aunque con ciertas peculiaridades, es igual a la que mantenemos con los adultos.

Los actuales avances tecnológicos en el diagnóstico prenatal nos acercan, cada vez más, a ese nuevo paciente, todavía no nacido, que el equipo médico multidisciplinar comienza a conocer, diagnosticar y tratar, aun en el seno materno, a través de la pantalla que forma la pared uteroparietoabdominal. Estamos ante la moderna Medicina Fetal, con idénticas normas y deberes morales y éticos que las exigidas por la Medicina de siempre, ante los enfermos graves, incurables o moribundos. Es decir, se trata de preservar la vida de la enfermedad.

Es indudable que el aborto se ha convertido en el gran problema de la Medicina Genética. El médico debe tratar de evitarlo, manifestándose como objetor, en evitación de posibles problemas personales o legales cuando los padres opten por esta opción negativa. Obviamente, la objeción no le debe restar imparcialidad en el informe emitido acerca de los posibles riesgos que corre la madre gestante.

En el supuesto de que haya un grave riesgo en la transmisión de un trastorno genético, sólo a los futuros padres compete la decisión de lo que debe hacerse.

Hay que tener en cuenta que si se detecta una anomalía en el diagnóstico, debe no olvidarse que muchas de estas malformaciones pueden ser curables por un tratamiento neonatal precoz, que, justamente, gracias al diagnóstico prenatal puede preverse y llevar a cabo en las mejores condiciones.

Sin duda alguna, es fácil sostener que estas técnicas diagnósticas prenatales, como adelanta Milunsky (1985), serán mucho más perfectas y seguras en el futuro siglo XXI. Pero todavía hoy se puede hacer mucho, aunque eso también pueda comportar en ocasiones evidentes riesgos inherentes a la práctica clínica, que inciden en la misma vida del no nacido.

La conducta del médico debe estar guiada por ese lema clásico de «por encima de todo, no hacer daño» (*primum no nocere*) y de aquel otro más asegurador de «no hacer nada», de asumir una actitud pasiva. Una interpretación demasiado rigurosa del primero podría llevarnos a no arriesgar nada, aun cuando sea probable que de nuestra acción se derive un bien. Respecto del segundo, resultaría equivocado pensar que la seguridad se alcanza a través de la pasividad y el nihilismo.

Finalicemos este capítulo resumiendo las tres responsabilidades éticas que esta problemática del diagnóstico prenatal acarrea y que ya definimos líneas atrás. En primer lugar, la adquisición de conocimientos así como de las habilidades prácticas necesarias para poder trabajar con eficiencia en el diagnóstico prenatal; en segundo lugar, garantizar la completa información y confidencialidad en el consejo a los padres, y, en tercer lugar, optar por el asesoramiento médico no ejecutivo cuando así lo exijan las circunstancias.

La satisfacción de estos tres principios nos debe llevar a poder establecer un diagnóstico prenatal seguro y riguroso. No se olvide que el diagnóstico inseguro o dudoso, sea por ignorancia, omisión de exploraciones o cualquier otro motivo, será éticamente rechazable.

Bibliografía

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS: *Ginecoobstetricia actual,* México, El Manual Moderno, S. A. de C.V., 1983.

BOUE, A.: *Médicine Prénatale,* París, Flammarion, Médicine Sciences, 1989.

CARRERA, J. M., et al.: *Diagnóstico prenatal,* Barcelona, Salvat, 1987.

DIBUISSON, J. B.; BARBOT, J. Y.; HENRION, R.: «L'embryoscopie de contac», en *Journal de Gynécologie, Obstétrique, Biologie et Reproduction,* 8, 1979, p. 39.

ELIAS, S.; ANNAS, G. J.: *Reproductive Genetics and the Law,* Chicago y Londres, Year Book Medical Publishers, 1987.

HACKER, N. F.; MOORE, J. G.: *Compendio de Ginecología y Obstetricia,* Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1988.

HENRION, R.: «La foetoscopie», en *Journal de Gynécologie, Obstétrique, Biologie et Reproduction,* 7, 1978, pp. 576-580.

HENRION, R.; PAPA, F.; RUVILLOIS, J. L.; HERNIONGEANT, E.: «L'amniocentèse précoce», en *Journal de Gynécologie, Obstétrique. Biologie et Reproduction,* 8, 1979, pp. 603-611.

LEIGH SIMPSON, J.; MARTIN, A. O.: «Diagnóstico prenatal de trastornos citogenéticos», en *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas,* México, Interamericana, 1976.

MILUNSKY, A.: *The Prenatal Diagnostic of Hereditary Disorders,* Springfield, Charles C. Thomas, 1973.

MILUNSKY, A.; ANNAS, G., et al.: *Genetics and the Law,* Nueva York, Plenum Press, 1985.

MOSER, M. B.: *Genetic Counseling,* San Luis, The Catholic Health Association, 1985.

PATRICK, J.: «Utilidad de la fetoscopia en el diagnóstico prenatal», en: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas,* México, Interamericana, 1976.

RHINE, S. A.: «Diagnóstico genético prenatal y trastornos metabólicos», en *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas,* México, Interamericana, 1976.

SUSAN COWCHOCK, F.: «Empleo de la Alfa-fetoproteína en el diagnóstico prenatal», en *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas,* México, Interamericana, 1976.

TOULON, J. M.: «La foetoscopie», en *Journal de Gynécologie, Obstétrique, Biologie et Reproduction,* 5, 1976, pp. 1093-1099.

WELTZEL, H. K.; SCHENEIDER, J.: *Alpha-Fetoprotein in clinical Medicine,* Hannover y Stuttgart, International Workshop, 1977.

12. ESTERILIZACIÓN ANTICONCEPTIVA

I. Carrasco de Paula

Introducción

Aunque la Ética se propone, como objetivo primordial, la identificación de normas de comportamiento que tengan un valor universal, y que, por tanto, sean aplicables de manera unívoca en cualquier circunstancia de lugar y tiempo, el análisis de los precedentes históricos y contingentes de un problema es una etapa obligada para una más completa y profunda comprensión de sus contenidos éticos.

Por lo que se refiere al argumento que nos atañe —la esterilización anticonceptiva—, la perspectiva histórica resulta particularmente necesaria, entre otras cosas porque la mayor parte de las ideas impropias o confusas en torno al tema, proceden quizá de no haber prestado más que una somera y superficial atención a lo que podríamos llamar precedentes de la esterilización como, por ejemplo, la castración. Estos dos términos suelen equipararse entre sí, y contra toda lógica se usan incluso como sinónimos.

Castración y mutilación

La acción de castrar consiste en la ablación de los testículos, con la consiguiente pérdida de la fecundidad para los individuos de sexo masculino. Esterilizar, en cambio, es destruir o vanificar la capacidad generativa, ya sea interviniendo directamente sobre los órganos sexuales (por ejemplo, con una operación quirúrgica), ya sea alterando o bloqueando su funcionalismo. La esterilización se aplica a un individuo sexualmente activo, con independencia de su sexo, y no comporta necesariamente una mutilación.

Desde un punto de vista fáctico, entre emasculación y esterilización existe un estrecho parentesco, hasta el punto de que ambas intervenciones utilizan o comparten las mismas técnicas e instrumentos, e incluso pueden superponerse. Ahora bien, mientras la primera mira directamente a suprimir uno de los rasgos somáticos esenciales de la masculinidad e indirectamente a imposibilitar la actividad sexual, la segunda se propone un objetivo bien distinto; impedir la procreación, dejando intacta tanto la representación corporal sexuada —y, con ella, su específica simbología masculina o femenina— como la capacidad de unirse sexualmente.

En cierto sentido se podría decir que la castración afecta al paciente como individuo, pues sólo él padece las consecuencias del acto mutilante. La esterilización, por el contrario, le concierne además como miembro de la especie, pues por ella deviene un elemento que, definitiva o provisoriamente, queda excluido del programa biológico de perpetuación de la raza humana.

La castración se coloca éticamente en el área más general de las intervenciones contra la integridad corporal, donde rigen dos de los principios capitales de la Ética Médica: el de totalidad[1] y el del doble efecto[2]. Lo que se pone en juego es el

[1] El principio de totalidad establece que el bien de las partes que integran un todo organizado se subordina al bien del todo (cfr. ZALBA, M., «Totalidad (Principio de)», en *Diccionario Enciclopédico de Teología Moral*, Madrid, Ed. Paulinas, 1978).

[2] Según el principio del doble efecto, también conocido como voluntario indirecto, una acción de la que se sigan dos efectos, uno bueno y otro malo, puede ser lícita con la siguientes condiciones: 1) que la acción en sí misma sea buena o al menos indiferente; 2) que el fin o intención del sujeto sea recto; 3) que el efecto bueno no sea una consecuencia del malo (éste no debe ser medio para conseguir aquél); 4) que exista un motivo proporcionadamente grave para tolerar el efecto malo (cfr. HÖRMANN, K., «Imputabilidad», en *Diccionario de Moral Cristiana*, Barcelona, Herder, 1985).

derecho y el deber de preservar el propio organismo en la plenitud de su estructura, partes y funciones; derecho y deber inalienable, que toda persona posee por el solo motivo de existir y de pertenecer a la especie humana.

Antes de que se desarrollasen las modernas técnicas quirúrgicas, y se pusiera a punto más recientemente el actual armamentario contraceptivo, la emasculación era el único medio fiable y eficaz para conseguir la infecundidad. Sin embargo, raramente se utilizó con ese fin. De hecho, ha mantenido siempre un carácter casi exclusivamente punitivo. En la Antigüedad era una de las vejaciones a las que podían verse sometidos los prisioneros de guerra. El vencedor no se proponía ningún objetivo demográfico, sino más bien burlarse cruelmente, escarneciendo la virilidad del vencido. También fue una forma criminal de venganza privada, que aún hoy persiste en algunos lugares.

La historia conoce además costumbres de castración practicada voluntariamente, como requisito para desempeñar ciertos oficios o lograr determinadas prestaciones profesionales. Es el caso, por ejemplo, de las *voces blancas* o de algunos coros musicales del Renacimiento en Roma y Viena[3].

Tanto la emasculación impuesta —ya punitiva ya vindicativa— como la voluntaria, son injustificables éticamente, puesto que significan un grave perjuicio para la integridad física y psicológica de la persona, al menos en tres aspectos: 1) por lo que depende de la mutilación orgánica en sí misma; 2) por la pérdida o disminución de la capacidad de establecer relaciones sexuales; y 3) por los profundos y negativos efectos sobre la personalidad del castrado, dependientes de la disfunción hormonal y de la privación de los atributos de la masculinidad.

La gravedad de estos motivos lleva a concluir que es éticamente insostenible que el Estado, en cuanto suprema autoridad nacional, tenga potestad para aplicar la castración, ni siquiera como medida penal extrema represora o preventiva de algunos delitos sexuales, por muy repugnantes y lesivos que sean de la integridad ajena. El Estado puede establecer penas incluso más gravosas —por supuesto, siempre proporcionadas a la gravedad del delito—, pero el castigo impuesto habrá de ser puntualmente respetuoso de la dignidad de la persona humana: en ningún caso podrá, por tanto, ridiculizar ni ofender la fundamental condición de persona del delincuente, alterando sus características y atributos naturales. El consentimiento voluntario del reo, que sometiéndose a la castración podría librarse de muchos años de encarcelamiento, no parece que tenga tanto peso como para invertir el presente juicio ético, pues nadie puede actuar contra la propia dignidad ni, en la situación en que se encuentra, podría hacerlo de modo enteramente libre[4].

De todos modos, al igual que la pena de muerte, el problema es muy discutido, pues se trata de una problemática ligada al valor ejemplar y disuasivo de la pena y a criterios contingentes de oportunidad. Aun así, no se ve cómo se pueda conciliar el respeto incondicionado de la inviolabilidad de la persona y de sus derechos fundamentales, con el reconocimiento de una problemática potestad por parte del Estado sobre la integridad física y psicológica de sus súbditos.

La esterilización anticonceptiva

Por esterilización anticonceptiva se entiende aquella acción que tiene como objeto propio e inmediato destruir o bloquear, definitiva o temporalmente, la facultad generativa de una persona. Esto no quiere decir que cualquier medida que haga imposible la procreación deba considerarse directamente antiprocreativa. Por ejemplo, la extirpación de ovarios poliquísticos no cae dentro de esa categoría, porque el efecto antifertilizante no influye en la decisión terapéutica: esa operación está indicada también en una mujer menopáusica. En este caso, la resultante incapacidad de procrear es sólo una consecuencia inevitable de una medida clínica, que se impone por la presencia de una condición patológica.

La esterilización antiprocreativa puede ser vista

[3] Contra lo que comúnmente suele opinarse, la institución de las *voces blancas* fue combatida duramente por los Papas, aunque con escasos resultados, pues pasaron dos siglos desde la primera condena (Sixto V, en 1587) hasta el completo abandono de esa praxis. Es cierto, en cambio, que los moralistas de la época juzgaron con relativa benevolencia la castración por motivos eufónicos, debido a que consideraban el problema como un caso particular de mutilación, y daban escaso peso al efecto esterilizante. Esto se explica porque quienes se sometían a esa operación no podían contraer matrimonio válidamente.

[4] La mutilación ha desaparecido desde hace siglos de los códigos penales occidentales, considerándose una pena injusta y desproporcionada, lesiva tanto de la integridad corporal cuanto de la dignidad de la persona.

como objetivo final o sólo como medio. Se busca como fin en sí misma en el ámbito de la planificación familiar o de las políticas demográficas, donde no se pretende otra cosa sino evitar más hijos, lo que a su vez puede estar motivado por múltiples razones: económicas, sociales, familiares, personales, eugenésicas, etc. La esterilización antiprocreativa tiene un carácter de medio cuando lo que pretende es prevenir posibles complicaciones peligrosas para la salud, que podrían derivar de un eventual embarazo en una mujer enferma de corazón o que ha sufrido múltiples cesáreas. Aquí el carácter objetivamente contraceptivo de la esterilización es puesto de manifiesto por el hecho de que tal medida es practicada precisamente porque la mujer es fértil y existe la posibilidad de que pueda concebir.

El efecto esterilizante se consigue o inhibiendo la maduración de las células germinales masculina y femenina (espermatozoides y óvulos), o bien bloqueando sus vías de emisión, es decir, los conductos eferentes o las trompas, en el hombre y en la mujer respectivamente. En uno y otro caso la esterilización puede ser: 1) funcional, lo que generalmente se obtiene con substancias que alteran la fisiología del aparato reproductor dejando intacta su estructura anatómica; o 2) orgánica, cuando se lesiona esa estructura mediante intervención quirúrgica con ablación, resección, coagulación, ligadura, etc., de un órgano, conducto o parte indispensable para la procreación[5].

La alteración funcional de ordinario es temporal o reversible, mientras que la orgánica suele tener carácter permanente. Aunque de unos años a esta parte se está tratando de perfeccionar las técnicas quirúrgicas en orden a dejar abierta la posibilidad de una posterior recuperación de la capacidad generativa, por ahora los resultados han sido bastante decepcionantes[6].

Las técnicas quirúrgicas de esterilización son de introducción relativamente reciente. Su objetivo fundamental es conseguir la mayor eficacia antiprocreativa sin menoscabo de la capacidad de mantener relaciones sexuales. En el hombre, el método más usado consiste en la sección de los conductos deferentes (*vasotomía*), casi siempre acompañada de la extirpación de una parte de los mismos (*vasectomía*). Se trata de un procedimiento relativamente sencillo, que puede incluso realizarse ambulatoriamente, presentando escasas complicaciones postoperatorias a cambio de una elevada eficacia antifertilizante[7]. Hay que tener en cuenta que este efecto sólo se logra algún tiempo después de haber practicado la vasectomía, es decir, cuando se han eliminado por completo los espermatozoides residuales almacenados en las vesículas seminales, lo que suele ocurrir como muy tarde al cabo de tres meses. Aunque se conocen algunos casos de recanalización espontánea del conducto deferente, la vasectomía es difícilmente reversible.

La esterilización femenina es prácticamente sinónimo de ligadura de las trompas (*salpingectomía*). Otros procedimientos quirúrgicos, como la extirpación total o parcial del útero (*histerectomía*) o de los ovarios (*ovariectomía*), son exageradamente destructores y no están indicados más que en presencia de precisas condiciones patológicas. La técnica más empleada (la de Pomeroy), desarrollada hace medio siglo, contempla la ligadura y resección de las trompas. En los últimos años se ha simplificado mucho, sobre todo porque ya no es necesario practicar una laparatomía, pues basta la punción laparoscópica e incluso se puede acceder a las trompas por vía transvaginal (*culdoscopia*) o transcervical (*histeroscopia*). Igualmente, en lugar o además de la ligadura y resección, se suele coagular, grapar, taponar, etc., los conductos tubáricos.

Aunque algo más compleja que la vasectomía, la ligadura de las trompas ofrece también escasas complicaciones postoperatorias y, desde el punto de vista antifertilizante, resulta aún más eficaz[8]. El reciente desarrollo de técnicas de microcirugía ha acrecentado las posibilidades de una posterior recanalización de las trompas. Sin embargo, los resultados son aún inciertos, por lo que la esterilización así procurada debe considerarse como muy probablemente irreversible.

La esterilización del varón por medios químicos es prácticamente inexistente. El preparado más usado es el gossypol, pero las graves complicaciones que produce no se han visto compensadas por la eficacia, que resulta bastante escasa[9].

[5] También la radiación de las glándulas sexuales destruye la capacidad procreativa, pero comporta tales inconvenientes que sólo se usa en presencia de una clara y específica indicación terapéutica. Como método anticonceptivo está completamente en desuso.

[6] Cfr. VIGNALI, M., «La sterilizzazione: problemi medici e reversibilità», en VV. AA., *Il problema della sterilizzazione volontaria*, Milán, F. Angeli, 1983.

[7] El índice de Pearl desciende a 0,15. Es decir, por cada 100 mujeres con actividad sexual con un *partner* vasectomizado se producen 1,5 embarazos al año (cfr. *William Textbook of Endocrinology*, Filadelfia, W. B. Saunders, 1985).

[8] El índice de Pearl es de 0,04; con mucho, el más bajo entre todos los métodos contraceptivos (cfr. *William Textbook of Endocrinology*, Filadelfia, W. B. Saunders, 1985).

Por el contrario, los preparados hormonales para la mujer con efectos esterilizantes ha conocido un desarrollo impresionante en los últimos veinticinco años[10]. A pesar de todo, existen fundadas dudas sobre el real mecanismo de acción de la mayor parte de estos preparados, por lo que sería inexacto hoy en día equiparar la contracepción con la esterilización. Inicialmente, la combinación de progestágenos y esteroides fue introducida para aprovechar tanto su acción anovulatoria como sus efectos sobre el moco cervical. Inhibida la producción de óvulos y bloqueada la vía de acceso al útero, la concepción resultaría imposible. Sin embargo, la aparición de graves efectos secundarios, dependientes del uso de cantidades elevadas de hormonas, ha llevado a sintetizar nuevas substancias que, a dosis mucho más reducidas, mantienen igual eficacia contraceptiva. Esto se consigue, no raras veces, mediante un tercer mecanismo, interceptivo, que consiste en impedir la anidación en la pared uterina de cualquier eventual ovocito fecundado. Estamos, pues, muy lejos de la simple esterilización. De hecho, con la introducción de esta acción abortiva la contracepción oral resulta aún más inaceptable. Aquí no vamos a tratar de este argumento, aunque muchas de las consideraciones que hagamos en torno a la esterilización sean aplicables a la contracepción oral[11].

El problema ético

Desde el punto de vista ético, es importante tener en cuenta que la esterilización no es el único medio para vanificar la capacidad procreativa de la persona. En efecto, se obtiene el mismo resultado, e incluso con mayor certeza, con la renuncia voluntaria al sexo. También resulta bastante efectiva la restricción de las relaciones sexuales a los períodos infértiles de la mujer. Por tanto, en presencia de una situación en la que resulta aconsejable, e incluso preceptivo, evitar la prole, lo que determina la elección preferencial del procedimiento esterilizante[12] es uno de los siguientes supuesto, y a veces ambos:

1. Cualquiera de las dos alternativas citadas, es decir, la renuncia a la actividad sexual, comportaría un daño gravísimo para la pareja y aun para la misma persona, y sus consecuencias negativas serían mucho peores que las que trae consigo la esterilización.

2. Los interesados no desean, no se sienten capaces o no dan suficientes garantías de que puedan abstenerse del uso del matrimonio, a pesar de que se les haya informado convenientemente de la oportunidad y aun necesidad —por motivos médicos, eugenésicos, etc.— de evitar una nueva concepción.

La primera premisa es una generalización que se apoya no en hechos demostrados, sino en una concepción antropológica según la cual habría que atribuir un papel predominante a la satisfacción de los impulsos sexuales, como si la vida matrimonial —e incluso la misma persona— no pudiera en absoluto desenvolverse, en plena y creciente armonía, en un ambiente de voluntaria y concordada renuncia a la unión marital. La otra premisa, en cambio, debe tomarse como una cuestión de tipo fáctico, que puede presentarse o no, dependiendo de las condiciones y circunstancias personales de los interesados.

a) La esterilización en el contexto de la persona

Cualquier intento de valoración ética de la esterilización anticonceptiva debe comenzar por el

[9] Otros productos que teóricamente podrían usarse son la testosterona, algunos progestínicos y un inhibidor de la secreción de la hormona FSH.

[10] Para un análisis de los aspectos éticos de los diversos tipos de contraceptivos orales puede verse CARRASCO, I., «Vent'anni di cultura contraccetiva», en *Humanae Vitae: 20 anni dopo*, Milán, Ares, 1989, pp. 713-724.

[11] Sobre la esterilización anticonceptiva la Iglesia Católica se ha pronunciado repetidas veces, desde la publicación de la encíclica *Casti connubii*, el 31-XII-1930. Posteriormente Pío XII intervino con algunos discursos dirigidos a profesionales de la Medicina (comadronas, 29-X-1951; histopatólogos, 13-IX-1952; genetistas, 7-IX-1953; urólogos, 8-X-1953; hematólogos, 12-IX-1958). El texto oficial más importante es un documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la esterilización en los hospitales católicos, de fecha 13-III-1975, donde se afirma que «cualquier esterilización que por sí misma o por su naturaleza y condiciones propias, tiene por objeto inmediato que la facultad generativa quede incapacitada por la procreación, (...) queda absolutamente prohibida» (AAS 68, 1976, 738-739). En las confesiones protestantes no hay una posición común, aunque en general no aceptan el carácter absoluto de la ilicitud de la esterilización antiprocreativa. Los moralistas judíos, en cambio, mantienen una postura similar a la católica. Entre los Estados, la gama de condiciones legislativas es muy variada, y va desde la estricta prohibición de la esterilización fuera del caso de indicación médica, a la imposición coactiva —éste es el caso de India— cuando se ha tenido un cierto número de hijos.

[12] La esterilización es preferida con respecto a otros métodos contraceptivos debido a su mayor eficacia antifecundativa y a la casi ausencia de efectos secundarios. A pesar de todo, encuentra aún escasa aceptación entre quienes practican la contracepción.

examen de estas dos premisas, pues es claro que una mutilación tan grave para la persona, y con fines exclusivamente antiprocreativos, quedaría *ab initio* moralmente descalificada, incluso en presencia de motivos justos (enfermedad, serias razones familiares, etc.), si el mismo resultado pudiera conseguirse con medios que respeten la integridad orgánica y funcional de la persona.

Esta afirmación da por descontado que el cuerpo humano, tanto desde el punto de vista estructural como funcional, no es simplemente un instrumento de la persona, y aún menos una cosa ajena a ella. Al contrario, el organismo representa la parte material constitutiva, visible y a la vez indivisible, de la persona; es como su dimensión física, expresiva y comunicativa. Por tanto, cualquier acción voluntaria contra la integridad estructural o funcional del organismo ha de medirse por el daño que produce el individuo en su totalidad. Atenerse sólo a criterios biológicos sería un reduccionismo inadmisible. El sujeto de la mutilación no es el cuerpo, sino el entero ser vivo, la persona.

Ciñéndonos a nuestro tema, es evidente que quien sufre una esterilización no sólo pierde unas cuantas células, algunos fragmentos de tejidos, un órgano o una función fisiológica, sino sobre todo una característica fundamental de su ser, que además es en cierto sentido única. Una cosa es extraer un diente, e incluso toda la dentadura, y otra muy distinta sería anular la misma posibilidad de ingerir alimentos y metabolizarlos. La esterilización se pone a este segundo nivel. En este sentido es comparable a la ablación de los ojos, pues con la eliminación del órgano se pierde la entera función visiva. Sin embargo, la comparación no es perfecta por defecto, porque el ciego conserva otras posibilidades de contacto cognoscitivo con el mundo, mientras que la esterilización hace por completo imposible la comunicación de la vida.

La capacidad de procrear es una de las propiedades más extraordinarias del ser humano. Con ella se asegura la supervivencia de la raza humana como humana, a través de la apertura y expansión de la más primitiva y radical relación interpersonal (paternidad - filiación), que está en la base de todas las demás instituciones sociales. En este sentido, resultaría absolutamente insuficiente afrontar el problema ético de la esterilización sólo con los principios morales vigentes para otras formas de mutilación.

b) La continencia como alternativa

Por lo que se refiere a la posibilidad de renunciar a la actividad sexual, como alternativa a la esterilización antiprocreativa, se deben evitar dos extremos: o infravalorar el papel del sexo en la vida matrimonial o elevarlo a la categoría de lo absoluto e incondicionado. El matrimonio implica, como parte de la entrega personal, la donación de los cuerpos (el expresivo *ius ad corpus* de los juristas); y por tanto, de tal modo exige la unión sexual entre los esposos, que sólo por causas muy graves y casi extremas podría adoptarse la continencia total. Sin embargo, no es exacto decir que la continencia destruye la armonía conyugal como tampoco es cierto que el sexo por sí solo asegure su triunfo. Los hechos desmienten ambas afirmaciones.

En la vida de una pareja es más decisivo el mutuo entrelazamiento de la libertad de cada uno y la calidad de las motivaciones que les llevan a adoptar en común un modo u otro de relación conyugal. El comportamiento sexual humano incluye la decisión, libre y concordada con el propio cónyuge, tanto de usar como de no usar, al menos en un determinado período, de la función sexual; decisión que viene impuesta por las mismas limitaciones de la naturaleza humana y por el obvio motivo de que la unión entre hombre y mujer depende de la simultánea disponibilidad de ambos.

Una renuncia forzada, impuesta, y en cualquier caso no aceptada libremente, puede ser tan dañina como una unión soportada sólo por temor o violencia. Sin voluntariedad —o, si se prefiere, sin amor, en el sentido originario del vocablo (yo quiero = yo amo)— es difícil aceptar una u otra alternativa.

Es opinión corriente, y como tal parece bastante verosímil, que vivir con continencia dentro del matrimonio de ordinario sea más duro y costoso que su contrario. El tema merecería un examen más atento y crítico, pero, en cualquier caso, es evidente que ésa no puede constituir una premisa de la que se puede deducir la licitud de la esterilización. La mayor o menor dificultad de un comportamiento no funda el juicio sobre su valor ético; en caso contrario lo fácil sería lo lícito y lo difícil lo ilícito. La presencia de obstáculos para la realización del bien constituye uno de los elementos cardinales de la vida moral. Ya los griegos, al considerar los modos

básicos de cómo puede presentarse el bien que perfecciona el hombre, junto al bien realizable, al bien justo, al bien deleitable, colocaron el bien arduo. El comportamiento ético, la vida virtuosa, exige la participación de todos estos bienes, porque todos ellos forman parte del bien total de la persona.

c) La cuestión de hecho

El segundo supuesto, la incapacidad fáctica por parte de los cónyuges de abstenerse del matrimonio total o parcialmente, plantea un problema más difícil, pues una situación de hecho no demanda explicaciones, sino soluciones prácticas concordes con los principios. Ahora bien, precisamente porque es una situación de hecho —esta pareja no quiere o no logra vivir en continencia–, y no una constante universal y absoluta, el problema se plantea en estos términos: ¿puede hacer lícita la esterilización, en un caso concreto, la indisponibilidad o la imposibilidad de ser castos? O lo que es lo mismo: ¿la no-voluntad con respecto a la continencia puede llegar a transformar la esterilización de modo que ésta no sea un daño para la persona?

El efecto de una acción no depende de la voluntad del agente sino de la naturaleza de la acción. La morfina hace daño aunque el drogadicto no pueda dejar de usarla. Estafar es malo y respetar la libertad es bueno no porque la mayoría lo acepte y de hecho sea capaz de evitar lo primero y realizar lo segundo. Bondad y maldad nacen de la misma naturaleza de las acciones humanas, es decir, de su efectiva capacidad de contribuir a la promoción del bien integral de la persona.

La imposibilidad *de facto* para vivir la necesaria continencia no modifica la ilicitud de la esterilización. Plantea, sin embargo, un problema humano serio, que hay que tratar de resolver, como sucede con otras muchas circunstancias penosas de la vida que aparentemente no conocen solución. Por otro lado, establecer *a priori* la imposibilidad de un determinado comportamiento moral es dificilísimo; sólo la experiencia puede demostrar con hechos que, efectivamente, tal pareja, perfectamente motivada, ha sido incapaz de mantenerse en sus propósitos de renuncia a la unión marital. Pero el valor ético de una conducta no depende de las condiciones personales de los individuos; éstas influyen en la imputabilidad, que es un problema completamente distinto. Un homicidio sigue siendo homicidio, aunque quien lo cometa esté borracho, loco, o simplemente no haya sido capaz de refrenar su ira.

Llegados a este punto, no queda sino analizar por qué no es lícita la esterilización anticonceptiva[13].

Las razones de la ilicitud

El problema moral de la esterilización puede ser afrontado como un caso particular del principio ético general que establece que el hombre, inviolable titular y por así decir como propietario de su vida y de su cuerpo, posee sólo un dominio limitado sobre ellos. No tiene el derecho de quitarse la vida, como tampoco puede disponer arbitrariamente de su cuerpo, ni en su totalidad, ni de cada uno de sus miembros.

Este principio encuentra su fundamento metafísico en el carácter creatural de la persona humana. Ser creatura quiere decir que no se ha dado la existencia a sí mismo, sino que la ha recibido de otro. El hombre, aunque goza de una autonomía y señorío incomparables, que provienen de su ser-persona, como ser creado puesto en el mundo, se encuentra en una situación de radical dependencia de su Creador. Esta dependencia —precisamente por lo que tiene de comunicación entre Dios y su criatura— constituye el origen y el fundamento de la altísima dignidad de la persona humana[14].

---

[13] Aparte de las indicaciones médicas, que serán examinadas en el último apartado de este trabajo, las razones que ordinariamente se aducen en pro de la licitud de la esterilización antiprocreativa son las siguientes: 1) la esterilización promovería el bien de la persona al concederle mayor libertad en las relaciones sexuales y la seguridad de que no se seguirá descendencia; 2) se trataría de un sistema más estético y eficaz que los demás procedimientos en uso para reducir la tasa de natalidad; 3) sería un derecho de cada individuo disponer de su propio cuerpo.

[14] Los padres deciden libremente si unirse o no, y de este modo ponen o quitan la premisa indispensable para la procreación. Pero no depende de ellos el que de esa unión nazca efectivamente una nueva persona, y mucho menos que el hijo generado tenga tales o cuales características individuales. Tampoco pueden procrear un ser que no pertenezca a la especie humana. Por eso se dice que los padres son cooperadores. Ha sido Dios quien ha creado al hombre como persona, dotándole de una naturaleza espiritual que lo especifica dentro del conjunto de la creación, y es Él quien asigna a cada nuevo individuo humano sus rasgos propios, únicos e irrepetibles.

Desde el punto de vista moral, la dependencia de Dios se manifiesta, entre otras cosas, en el hecho de que el hombre debe darle cuenta de sí mismo y del resto de la creación. La voluntad humana no es absoluta: no crea el bien, ni decide qué es lo bueno y qué es lo malo; sino que tiende a él allá donde lo descubre con su instinto o con su inteligencia. Ordinariamente ha de elegir entre diversos bienes particulares, pero siempre bajo la razón de bondad que está presente en ellos. De esas elecciones es responsable ante su Creador.

La vida, como bien primario, fundamental, sin el cual no es posible ningún otro bien, no es nunca algo opcional, condicionado. No puede ser objeto de elección por parte de quien elige sólo porque vive. A nadie se le pide el propio consentimiento ni para nacer ni para morir, y ningún hombre puede evitar recibir la vida ni puede evitar perderla. Entre esos dos extremos puntuales —concepción y muerte—, que acaecen como acontecimientos ajenos a la voluntad de uno, el hombre tiene que vivir su existencia como una tarea que no le concierne exclusivamente a él; tarea de la que debe dar cuenta ante sí mismo y ante quien le ha confiado el don de la vida para que lo administre como persona, es decir, con inteligencia y libertad.

El hombre, primero ante Dios y después ante sí mismo, es responsable de su cuerpo, no tanto porque éste sea propiedad suya, sino en cuanto que es como el soporte biológico de su vida y parte constitutiva de su persona. Resulta groseramente erróneo afirmar que, puesto que el cuerpo me pertenece, puedo hacer de él lo que quiera. El cuerpo (ya lo hemos recordado anteriormente) soy yo mismo, no una cosa ni un instrumento; y *yo soy yo mismo, y no lo que tengo;* como yo soy yo con mi alma y con mi cuerpo, y no el propietario absoluto de lo uno y de lo otro, aunque ambas cosas me pertenezcan y sea responsable de ellas. En esta perspectiva, se entiende que el principio ético de la responsabilidad sobre sí mismo signifique que el cuerpo, más allá incluso de la conservación y expansión de la vida, deba ser mantenido y realizado del mismo modo que ha de ser realizada y perfeccionada la persona.

Debido a la interdependencia vital del entero organismo con todas y cada una de sus partes, el principio ético de la responsabilidad es aplicable a los órganos singulares, en mayor o menor medida según la función que desarrollan tanto para la supervivencia biológica como para el bien de la persona entera. Ahora bien, el concepto de responsabilidad incluye cierto dominio, más o menos condicionado, pero auténtico, porque nadie es responsable de lo que no le atañe mínimamente. El hombre, en efecto, puede disponer de sus órganos bajo ciertas condiciones: se somete a una mutilación, cuando resulta necesaria para salvaguardar la vida mortalmente comprometida; cede un riñón a otro ser humano, si esa pérdida no supone un peligro inmediato para la propia vida ni limita seriamente su persona; igualmente destina su cuerpo a fines experimentales o terapéuticos, una vez que se haya producido su fallecimiento.

El principio de la no-disponibilidad-absoluta no resuelve, por tanto, el problema ético de la esterilización anticonceptiva, sino que hay que ver si ésta cae o no dentro del dominio responsable y condicionado que acabamos de considerar. Desde luego, es obvio que la pérdida de la fecundidad no pone en peligro la supervivencia de la persona y, de hecho, tampoco necesariamente la de la especie, pues el problema afecta sólo a unos cuantos individuos, que, además, precedentemente suelen haber tenido prole. Se debe, por consiguiente, examinar el papel de la facultad procreativa dentro del conjunto estructurado de la persona, retomando algunas ideas que hemos apuntado ya en el apartado anterior.

La evidencia de que la radical decisión de vivir o morir no competen al hombre, en la mayor parte de las culturas y desde los tiempos más remotos ha hecho pensar que todo lo que se relaciona con el origen y trasmisión de la vida queda fuera del dominio humano. Esta conclusión tiene un fundamento antropológico muy serio.

La capacidad generativa es una característica singular, importantísima, de la persona, pero no esencial, en el sentido de que sea indispensable para su existencia y realización. Lo mismo ocurre con la unión de los sexos. Lo que es esencial, en cambio, es la sexualidad, porque ésta, en sus diferencias entre varón y hembra, penetra toda la estructura de la persona, de manera que necesariamente uno vive y se realiza o como hombre o como mujer[15].

Ahora bien, cuando dos personas deciden unirse en matrimonio, donándose mutua e incondicionadamente en lo físico y lo espiritual, el amor conyugal es al mismo tiempo vocación a la paternidad. En efecto, entre la unión sexual y la procreación media un enlace tan estrecho que ambas se realizan corporalmente a través de los mismos órganos y espiritualmente con idénticos actos de amor y de entrega. Esa unidad no es ni un evento meramente biológico, ni un puro fenómeno comportamental, ni mucho menos una caprichosa casualidad de la naturaleza. La unión física y los actos amorosos que la acompañan son acciones totalmente humanas y personales, y de suyo manifiestan y promueven la mutua donación entre los esposos a la vez que expresan su disponibilidad y apertura a comunicar la vida.

De la unión no se sigue necesariamente la procreación, porque para que ésta acontezca deben darse concomitantemente una serie de condiciones biológicas que depende del ciclo de maduración de los gametos y de las pautas de gestación y desarrollo embrionario. El hombre puede usar su conocimiento de esas leyes biológicas para limitar la propia fecundidad, cuando haya razones para ello. Lo que no puede es violentarlas, introduciendo una disociación intencional entre estos dos aspectos que priva a la misma unión conyugal de una componente necesaria y, por tanto, la pervierte y deshumaniza.

La interdependencia entre amor unitivo y procreativo resulta también patente desde el punto de vista del significado de la generación. A través de la unión conyugal el hombre recibe su existencia humana *humanamente*, es decir, en un contexto y de un modo que es máximamente conveniente con la dignidad de su ser. No ha sido elegido entre otros, no ha sido preferido a otros —lo que implica prestar atención a algún aspecto particular—, sino que habiendo sido puesto en la existencia simplemente con un acto de amor, es querido en sí mismo y por sí mismo. Desde el primer momento es tratado como fin, no como medio; en una palabra, entra en la relación interpersonal de sus padres como otra persona.

La esterilización anticonceptiva se opone a la generación humana de seres humanos. En la medida en que busca precisamente la escisión entre el aspecto unitivo y el procreativo, una eventual concepción es vista como un fracaso, como un incidente, y aunque los padres puedan posteriormente aceptar el hijo no deseado, éste habrá sido inicialmente generado de modo indigno a su condición de persona.

La específica malicia de la esterilización anticonceptiva no reside en su efecto mutilante, sino en la voluntaria escisión entre el aspecto unitivo y el procreativo de la unión entre los sexos; escisión que, privando a la persona de la facultad de generar, la hace también incapaz de realizar aquella consumación del amor humano que es específico y propio de la unión conyugal.

En este sentido, el que la esterilización anticonceptiva sea temporal o permanente, reversible o irreversible, no modifica substancialmente el juicio de ilicitud, aunque evidentemente subsista una notable diferencia de grado, puesto que en el primer caso la capacidad generativa se puede recuperar e incluso ordinariamente se restaura de modo espontáneo cuando cesa el efecto del agente esterilizante[16].

Cuándo es lícita la esterilización

La decisión de recurrir a una intervención esterilizante con fines antiprocreativos puede responder a muy diversas motivaciones: presiones para adherirse a un plan público de control de la natalidad; necesidad de limitar de una vez por todas la dimensión de la propia familia; exigencia de evitar nuevos embarazos por motivos médicos, eugenésicos, etc.; voluntad de hacer uso del sexo excluyendo definitivamente la eventualidad de futuras cargas o responsabilidades, etc. Cada una de estas motivaciones posee su propio valor ético, que, al menos en los tres primeros ejemplos, no debe tener necesariamente un signo negativo, porque ni el control de la natalidad, ni la planificación familiar, ni evitar nuevos embarazos —en lo que estos términos literalmente significan— son en sí mismos ilícitos, y por tanto pueden adoptarse cuando existen razones muy graves y se usan medios conformes a la dignidad de la persona y de la procreación.

Sin embargo, el motivo concreto que está a la base de una decisión en pro de la esterilización no modifica substancialmente la naturaleza ética de una acción que tiende de suyo, como objetivo inmediato, a destruir la capacidad generativa. Una motivación injusta agrava la responsabilidad del daño producido, mientras que una motivación recta, la excusa, en

[15] De hecho, las situaciones intermedias se definen en referencia a esos dos polos.

[16] Para un estudio más detallado de la problemática ética de la esterilización anticonceptiva puede verse GUILLAMÓN, J. A., *El problema moral de la esterilización*, Madrid, Palabra, 1988.

mayor o menor grado, pero no hasta el punto de convertir en lícito ni éticamente indiferente lo que en sí mismo no lo es. El fin no justifica los medios: los motivos personales no bastan para purificar la voluntad de convertir en infecunda a una persona, alterando gravemente su capacidad sexual[17].

Hay situaciones en las que el acto sexual, fuera o dentro del matrimonio, por motivos que ordinariamente entrañan violencia, resulta ya pervertido en sí mismo, en el sentido de que se ha roto o no ha existido nunca la esencial conexión entre amor y procreación. Éste es el caso, por ejemplo, del estupro. Si se produce una concepción, obviamente hay que respetar los derechos del nuevo ser, que no puede ser eliminado mediante aborto. Pero una mujer que ha padecido violencia, no está obligada a consentir la concepción de una criatura que no habría sido generada por un acto amoroso y libre, sino todo lo contrario. Además, pueden existir casos que impongan la obligación moral de tomar medidas para evitar el embarazo[18]. En este caso, ante la amenaza de sufrir violencia y en ausencia de otros remedios menos radicales, podría ser lícito recurrir a una esterilización temporal[19].

También hay casos de esterilización en los que no existe la voluntad de prevenir una nueva concepción, sino que sólo se pretende inhibir el funcionalismo de los testículos o de los ovarios, en cuanto que, además de órganos de la reproducción, son glándulas endocrinas, y segregan hormonas que en determinadas condiciones pueden ser perjudiciales para la salud. Esta clase de esterilización se llama terapéutica, porque, a diferencia de la anticonceptiva, produce infertilidad como una consecuencia inevitable o una complicación involuntaria de la terapia antihormonal. De ahí que los moralistas hayan usado frecuentemente los términos indirecto y directo para referirse a estas dos modalidades diametralmente contrapuestas.

La esterilización indirecta no deja de producir objetivamente un daño muy serio para la persona. Por eso, para su licitud se exige que se cumplan dos condiciones:

1. Debe tratarse de una intervención actualmente necesaria, en el sentido de que no se disponga de otro medio de similar eficacia curativa o paliativa y con menores consecuencias mutilantes.

2. Y ha de dirigirse contra una amenaza seria e inminente o un daño para la persona. Además, naturalmente deben estar presentes todas las demás condiciones exigidas para cualquier medida terapéutica de alguna importancia, especialmente el consentimiento informado de la persona o personas interesadas (cónyuge, padres en un menor de edad, etc.), y un pronóstico razonablemente fundado de que por lo menos se va a mejorar cualitativamente el estado de salud del paciente[20].

La justificación ética de la esterilización terapéutica se encuentra en el principio de totalidad, que reconoce el dominio del hombre sobre cada una de las partes de su organismo cuando lo exige la supervivencia del todo. Las partes, en cuanto partes, es decir, en cuanto realidades que no existen autónomamente y por sí mismas, sino por y para el todo en el cual subsisten y del cual forman parte, lógicamente están subordinadas al

[17] Conviene recordar que estamos tratando el valor ético de una acción humana en sí misma. Ante comportamientos concretos deben también considerarse otros elementos, sobre todo las condiciones subjetivas de la persona que inciden fuertemente sobre la imputabilidad moral de la acción. Además, una cosa es un comportamiento ilícito, y por tanto inaceptable; otra muy distinta, la comprensión que merece el sujeto de ese comportamiento y las razones que le mueven.

[18] En la praxis médica puede presentarse el caso límite de una mujer casada que necesite categóricamente evitar un nuevo embarazo, pero cuyo marido —casi siempre con una patología psíquica— se niegue a practicar la continencia e incluso se imponga con amenazas y violencia. En estas situaciones, en las que habría que pensar en la eventualidad de una separación, no podría negarse la licitud de esterilización temporal como defensa extrema para la mujer, para quien la unión conyugal se ha convertido en una violencia que soporta pasivamente.

[19] Recientemente se ha planteado el problema de la esterilización de subnormales que viven en un ambiente expuesto a esa clase de agresiones. Se trata de una cuestión muy seria, de manifiesta ilicitud, porque supone una gravísima violación por parte de la autoridad pública de los derechos de una persona que se encuentra además en una situación de inferioridad. La cuestión de si esa persona es capaz o no de consentimiento informado debe ser también considerada, pero lo esencial es que el Estado debe emplear sus poderes en el terreno de su competencia —la asistencia a enfermos, el orden público, etc.— para asegurar a todos los ciudadanos, y especialmente a los más indefensos, unas condiciones de vida dignas. Preocupa profundamente pensar hasta qué extremos se podría llegar si se aplicara y extendiera esa lógica a otros campos de la vida humana.

[20] Algunos autores entienden como esterilización terapéutica simplemente la que responde a una indicación médica, incluso cuando se trata sólo de prevenir futuros embarazos. En esta línea resulta completamente injustificada la praxis, relativamente extendida, de proceder a la ligadura de las trompas, después de la segunda o tercera cesárea, sin obtener el consentimiento previo de la paciente.

todo. Los órganos y miembros singulares del cuerpo humano existen y operan en bien del entero organismo, de ahí que pueden ser lícitamente sacrificados cuando lo pida el bien de la persona.

Recientemente se ha planteado el problema de la aplicabilidad de este criterio en el así llamado procedimiento para el *aislamiento uterino*. Se trata de una común técnica de ligadura de las trompas usada en aquellos casos en los que el útero (ordinariamente después de haber sufrido diversos cortes cesáreos), ha quedado inhábil para desempeñar su función y subsiste el pronóstico fundado de que, no sólo no sea capaz de llevar a término un nuevo embarazo, sino que además puedan sobrevenir otras gravísimas complicaciones como, por ejemplo, la rotura del mismo útero.

El problema es muy serio, pues en esos casos están mortalmente amenazados tanto el feto concebido como la gestante. Sin embargo, ese peligro se puede conjurar por otros medios distintos de la ligadura de las trompas. Además, la expresión *aislamiento uterino* es un eufemismo, pues ni ejerce el menor efecto curativo sobre el órgano enfermo, ni aísla en realidad el útero, sino los ovarios[21]. De hecho, su único objetivo es prevenir futuros embarazos, que podrían resultar de una actividad sexual libre. Por tanto, es evidente que sobre esta técnica recae el mismo juicio de ilicitud que sobre otras prácticas de esterilización antiprocreativa, aunque se presente con el laudable fin de conjurar gravísimas complicaciones clínicas.

[21] El principal argumento a favor del aislamiento uterino se podría formular así: todo órgano que ha quedado completamente inhábil para desarrollar su función dentro del organismo puede extirparse, si hay motivos razonables para ello. Por tanto, es lícita la histerectomía cuando el útero es incapaz de llevar a término un embarazo, pero la ligadura de las trompas obtiene el mismo resultado que la ablación del útero, con la ventaja evidente de que la intervención es mucho más inocua. En consecuencia, el aislamiento uterino sería lícito en sustitución de la histerectomía. El argumento podría tener validez si se tratara de un simple caso de mutilación. Pero ya hemos visto que la esterilización plantea un problema mucho más serio y complejo que el de la simple extirpación de cualquier otro órgano; por lo que en el fondo ese razonamiento se vuelve contra sí mismo: si la histerectomía no es indispensable —y así lo parece, ya que se puede sustituir por la ligadura de las trompas—, entonces la ablación del útero resulta éticamente ilícita.

Bibliografía

ASHLEY, B. M.; O'ROURKE, K. D.: *Ethics of Health Care*, San Luis, Cha, 1986.

AUER, A.: *Ética y Medicina en discusión*, Madrid, 1972.

BOYLE, J. P.: *The sterilization controversy: A new crisis for the catholic hospital?*, Nueva York, 1977.

CAFARRA, C.: «Il problema morale della sterilizzazione», en *Medicina e Morale*, 1979, pp. 199-208.

CARRASCO, I.: «Vent'anni di cultura contraccetiva», en *Humanae Vitae: 20 anni dopo*, Milán, Ares, 1989, pp. 713-724.

CISF (Centro Internazionale Studi Famiglia): *Il problema della sterilizzazione*, Milán, F. Angeli, 1983.

FORD, J. C.; KELLY, G.: *Contemporary Moral Theology*, v. 2, *Marriage Questions*, Cork, The Mercier Press, 1963.

GRACIA GUILLÉN, D.: *Ética de la calidad de vida*, Madrid, Fundación Santa María, 1984. *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1988.

GREEN, G. P.: «Voluntary Sterilization: World's Leading Contraceptive Method», en *Population Reports*, marzo 1978.

GUILLAMÓN, J. A.: *El problema moral de la esterilización*, Madrid, Palabra, 1988.

GUZZETTI, G. B.: *La sterilizzazione a scopo contraccetivo*, Milán, 1981.

HÖRMANN, K.: «Imputabilidad», en *Diccionario de Moral Cristiana*, Barcelona, Herder, 1985.

LAW REFORM COMMISSION OF CANADA: *Sterilization. Implications for Mentally Retarded and Mentally Ill Persons*, Otawa, 1979.

LEBACKZ, K.: «Sterilization: Ethical aspects», en *The Encyclopedia of Biothics*, Nueva York, The Free Press, 1978, v. 2, pp. 1609-1613.

LÓPEZ MORATALLA, N., et al.; *Deontología biológica*, Pamplona, Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, 1987.

MACCARTHY, J.: «The Encyclical *Casti Connubii* and punitive sterilization», en *Irish Ecclesiastical Record*, 1948, pp. 1013-1018.

MANTOVANI, F.: «La sterilizzazione consensuale irreversibile alla luce del principio personalistico», en *Medicina e Morale*, 2, 1979, pp. 91-98.

NAVARRO, S.: *Problemas médico-legales*, Madrid, Coculsa, 1963.

OLDERSHAW, K. L.: *Contraception, abortion and sterilization in general practice*, Londres, Kimpton, 1975.

O'DONNELL, T. J.: *Medicine and Christian Morality*, Nueva York, Alba House, 1975.

PAQUIN, J.: *Morale e Medicina*, Roma, Orizzonte Medico, 1962.

PERICO, G.: «La sterilizzazione voluntaria permanente e temporanea come metodo contraccetivo», en *Aggiornamenti Sociali*, 1979, pp. 1095-2204.

RIQUET, M.: *La Castration*, París, Centre d'Études Läenec, 1984.

RUIZ-MATEOS, A.: «La esterilización en los hospitales católicos», en *Revista Española de Derecho Canónico*, 1978, pp. 299-312.

SARDON, J.: «La stérilization dans le monde. Données statistiques», en *Population*, marzo-abril 1977.

SGRECCIA, E.: *Manuale di Bioetica*, Roma, Vita e Pensiero, 1986.

SORIA, J. L.: *Paternidad responsable*, Madrid, Rialp, 1980.

TETTAMANZI, D.: *Sterilizzazione anticoncezionale. Per un discorso cristiano*, Brezzo di Vedero (Varese), Salcom, 1981.

VIGNALI, M: «La sterilizzazione: problemi medici e reversibilità», en VV.AA.: *Il problema della sterilizzazione volontaria*, Milán, F. Angeli, 1983.

WILLIAM TEXTBOOK OF ENDOCRINOLOGY, Filadelfia, W. B. Saunders, 1985.

ZALBA, M.: «Totalidad (Principio de)», en *Diccionario Enciclopédico de Teología Moral*, Madrid, Ed. Paulinas, 1978.

13. EL CONTEXTO DE LAS CONCLUSIONES DEMOGRÁFICAS Y LA ÉTICA DE LA TRANSMISIÓN DE LA VIDA

A. Zurfluh

La población, ¿un problema de futuro?

Para un especialista en demografía, como es el autor de las líneas que siguen, comporta una extraordinaria dificultad adoptar el riguroso punto de vista que exige un manual de Bioética como éste al tratar de estas cuestiones. Por esta razón no se incidirá en ellas desde esta perspectiva, pero recomendamos vivamente al lector del estudio de otros capítulos de esta publicación, donde expertos profesionales en Deontología Médica los abordan en todos sus detalles.

Todo el mundo conoce la famosa frase de Jean Bodino, «no hay más riqueza que el hombre», fórmula que muestra lo bien que este gran pensador del siglo XVI comprendió que la base imprescindible de cualquier sociedad es su población.

Pero aunque la población es una constante que existía desde hace mucho tiempo, el Estado no se preocupaba de ella.

Así pues, la problemática de la población se reducía al orden familiar en la medida en que todos los esfuerzos encaminados a obtener una descendencia se producían a ese nivel.

El Estado se limitaba a utilizar el potencial así ofrecido sin interferir de ninguna otra manera en estos asuntos privados —a excepción de la regulación del matrimonio o los abortos—, por citar algún ejemplo. Sólo en tiempos difíciles, el Estado se daba cuenta de que algo no marchaba como debía. Pero a falta de estadísticas fiables, el Estado no tenía ningún medio de conocer su situación demográfica, y menos aún de influir en su evolución.

Éste no es el caso de hoy en día, pues disponemos de estadísticas demográficas amplias y, en general, válidas. El problema es de comprensión, puesto que aun teniendo a su disposición toda clase de cifras, mucha gente no puede captar la significación de toda esa masa de datos. Ello equivale en la práctica —en nuestras sociedades democráticas siempre dependientes con respecto a una correcta información del ciudadano— a un retorno a la situación anterior a la aparición de la estadística.

Por lo general, los ciudadanos saben que nuestras poblaciones envejecen, y que cada vez hay menos matrimonios y nacimientos, de manera que el relevo generacional no está asegurado.

Pero ¿qué consecuencias tendrán estos hechos? Ésta es la problemática que trataremos de exponer en las páginas siguientes.

Algunas verdades

Hay verdades de las que nunca se oye hablar. Éste es, sin duda, el caso de los temas demográficos. Harían falta estudios muy complejos para saber por qué el hombre silencia los hechos que le molestan[1].

Para poder conocer la realidad demográfica[2], de forma coherente, es necesario abordar, en primer lugar, las bases indispensables de la demografía humana.

[1] No nos hemos decidido a poner en notas a pie de página toda la bibliografía. Sólo se citan los libros y artículos que se pueden encontrar fácilmente. Con frecuencia, esos libros presentan a su vez una bibliografía, lo que permite una visión bastante global. Para los rechazos a las realidades demográficas; SAUVY, A., «Démographie et refus de voir», en *L'enjeu démographique*, París, 1981.

[2] Se ha concebido este artículo de una manera bastante sintética y densa, de forma que de vez en cuando serían útiles algunas aclaraciones. En principio, las notas a pie de página hacen esta colaboración más extensa. Para aquellos a los que les gustaría una discusión más profunda y, sin embargo, accesible, les remito a otra obra del mismo autor: *¿Sobrepoblación?*, Madrid, Rialp, 1972.

a) El hombre es un ser biológico y cultural

A primera vista, esta afirmación puede parecer superflua. Sin embargo, este hecho entraña algunas consecuencias no tan conocidas y que, por tanto, es necesario recordar[3]. El principal problema es el siguiente: el animal llega a sobrevivir esencialmente por instinto, o sea, gracias a la «biología», y debe muy poco a lo adquirido o, dicho de otro modo, a lo «cultural». En el hombre sucede al revés: se estima que sólo una quinta parte del comportamiento humano está regulado a través de los instintos; las otras cuatro quintas partes son algo aprendido y, por tanto, dependientes del resorte de la cultura. Esto tiene unas consecuencias que no se pueden omitir[4].

Como todas las especies superiores, el hombre es un ser sexuado[5]. Esto quiere decir que la sexualidad tiene como primera finalidad la procreación que perpetúa la especie. El deseo sexual, inherente a la sexualidad, no es por tanto un fin en sí mismo, sino un medio al servicio de la procreación. Por esta razón, parecería aberrante separar completamente en la sexualidad la procreación del deseo, tal y como sucede hoy en día.

La sexualidad humana, al no estar regulada únicamente por los instintos, debe estarlo por una conducta aprendida[6]. Es el grupo el que impone unas reglas apremiantes, tanto más necesarias al ser la sexualidad humana permanente, como resaltó Voltaire: «el hombre, ese animal que bebe sin tener sed y que hace el amor en todas las estaciones». Como forma extrema, se podría imaginar que el hombre hubiera podido centrar toda su vida en la sexualidad —como, por ejemplo, Don Juan—, lo que no hubiera asegurado la supervivencia de la especie a largo plazo. Resulta mucho más evidente una primera necesidad: el ocuparse de los medios de supervivencia inmediata, como la nutrición. Parece, pues, difícil querer construir una sociedad únicamente sobre la líbido, una sociedad donde no existieran obligaciones derivadas del ejercicio de la sexualidad.

La transmisión de la vida humana necesita de muchos cuidados y de tiempo. La mujer necesita protección y estabilidad durante su larga gestación, puesto que de ello dependen tanto su salud como la de su hijo, así como la posibilidad de otros embarazos[7]. La biología sugiere, entonces, una cierta diferenciación del rol según el sexo, diferenciación que es vano intentar nivelar a toda costa, dado que los hombres no tendrán jamás la posibilidad de un embarazo.

La mujer necesita de una protección y una estabilidad durante su embarazo. Es, pues, dependiente de alguien más. Parece lógico que satisfaga esta tarea el primer jefe, el procreador. Por esta razón, la mayoría de los sistemas matrimoniales son de tipo monogámico[8]. Podríamos efectivamente preguntarnos quién, además del padre, tendría interés en mantener económicamente a la mujer encinta. Por supuesto, este estado de cosas ya no es hoy apremiante, en la medida en que vivimos en una sociedad en la que sobreabundan los medios de supervivencia y en la que la mujer puede perfectamente vivir materialmente por sus propios medios. Es indiscutible, sin embargo, que este hecho es una novedad en la aventura humana y resultan poca cosa en la consideración global de la historia de la humanidad cien años de notable estabilidad económica frente a decenas de miles, casi centenares de miles de años, de precariedad a veces extrema[9]. Por todo ello, resulta imprudente querer tomar estos últimos cien años como modelo absoluto para el comportamiento matrimonial-tipo de la humanidad.

El nacimiento del hombre es más bien difícil —si se compara con el de otros mamíferos— y ello esencialmente se debe al voluminoso tamaño de la cabeza del recién nacido, que contiene el cerebro. Sin embargo, el hombre es la única especie cuyo cerebro pesa en el momento de nacer únicamente un 23 por ciento del peso de un cerebro adulto. Como consecuencia de este hecho, el recién nacido necesita, aproximadamente, quince años para llegar a la edad adulta, es decir, a la edad de procreación[10].

El cerebro, realidad fisiológica, permite al hombre ser algo más que un ser biológico[11]. Como decía Pascal, «el hombre es una caña pensante». Cuatro quintas partes del comportamiento humano serán de orden cultural, por lo tanto adquirido y no innato[12]. Lo que significa que el niño obligatoriamente debe aprender prácticamente todo lo que le permita sobrevivir. A partir de una cierta sofisticación de la cultura, el aprendizaje por mimetismo no basta y es necesario añadir la escuela. El proceso de reprogramación cultural resulta algo cada vez más complicado, largo y costoso, sin que el hombre tenga la posibilidad de detener ese proceso, puesto que el ser humano se lleva todos sus conocimientos a la tumba: efectivamente, el conocimiento adquirido no se transmite genéticamente. Por otro lado, puesto que el hombre no puede sobrevivir sin su memoria cultural, está obligado, biológicamente, a avanzar culturalmente —o, al menos, a quedarse en el mismo nivel[13]. Y este hecho nos condena prácticamente a reemplazar las generaciones, pues es poco probable que menos niños puedan aprender globalmente la misma cantidad de conocimientos que las generaciones precedentes más numerosas; salvo que se cuente con una intensificación de la transmisión del saber, que, de todas formas, también tiene sus límites.

De este modo, únicamente por los datos bioculturales, se ve que el crecimiento de la población —incluso el mínimo— parece más adecuado a la naturaleza humana que un eventual descenso.

Observemos, entonces, lo que en este ámbito nos enseña la Historia.

[3] Hay un resumen muy sintético en: CHAUNU, P., *Un futur sans avenir*, París, 1979, pp. 25-47.

[4] GIRARD, R., *Des choses cachées depuis les origines du monde*, París, 1978.

[5] Hay un resumen muy sintético en, RUFFIE J., *Traité du vivant*, París, 1982; del mismo autor, *Le sexe et la mort*, 1977. GIRARD, R., *Des choses cachées depuis les origines du monde*, París, 1978.

[6] SCHELSKY, H., *Sociologie de la sexualité*, París, 1972: «La structuraction culturelle des pulsions sexuelles doit certainement être classée parmi les touttes premières réalisations civilisatrices de l'home».

[7] SULLEROT, E., et. al., *Le fait féminin*, París, 1978; BAULIEU, E.; HAOUR, F., «Les différences physiologiques et pathologiques entre l'home et la femme», en *Le fait féminin*, París, 1979, p. 35.

[8] Hemos incluido bajo la rúbrica de «monogamia» a todas las formas de matrimonio estable, en los que la mujer sabe con precisión de quién es el niño, porque no tiene uniones sexuales extramatrimoniales.

[9] Consultar, a este respecto, CAMPS, G., *La Préhistoire, à la recherche du paradis perdu*, París, 1982, 463 pp.

[10] SHORT, R.V., «L'évolution de la reproduction humaine», en *Le fait humain*, París, 1978, pp. 191-192.

[11] RUFFIE J., *De la biologie à la culture*, París, 1977.

[12] ARDREY, R., *Et la chasse créa l'homme*, París, 1977; GIRARD, R., *Des choses cachées depuis les origines du monde*, París, 1978; COTTA, A., *Théorie générale du capital, de la croissance et des fluctuations*, París, 1967; EIBL-EIBESFELDT, *Guerre ou paix dans l'homme*, París, 1976.

[13] Sobre la imposibilidad del crecimiento cero, cfr. SAUVY, A., *La croissance zéro*, París, 1973.

b) El hombre y el crecimiento demográfico: la lección de la Historia

La Historia es incapaz de contestar a muchas preguntas actuales: La Historia no se repite. Pero la Historia puede, en ciertos temas, servirnos de modelo. Al mostrarnos lo que ha sucedido bajo condiciones de vida diferentes, la Historia permite analizar la problemática y definir lo que probablemente no sucederá[14].

De todo lo anterior se desprende que siempre son necesarios unos pocos más niños que padres. Es lo que propia Historia tiende a demostrar desde que se conocen cifras de movimientos de población. Se trata de un lento y continuo crecimiento, punteado por caídas bastante espectaculares[15].

Sin embargo, estas caídas siempre corresponden también a desmoronamientos culturales. Éste es el caso de Roma, cuya herencia cultural se perdió más allá del 700 después de Cristo, pero que pudo ser resucitada gracias a la escritura romana y a la Iglesia. Pero es sobre todo el caso de los imperios indígenas de América del Sur que descienden en menos de cien años (1510-1600), de 100 millones de habitantes a 15 millones[16], y cuya cultura se perdió completamente para siempre, puesto que estos pueblos no dejaron nada escrito.

Por otro lado, está perfectamente demostrado que la mayoría de las oleadas de crecimiento demográfico suponen un empujón a las innovaciones técnicas y culturales. La producción agrícola sigue clarísimamente el crecimiento de la población, pero la producción aumenta, normalmente, más que la población[17]. Esto se aprecia aún hoy día, en numerosos países del Tercer Mundo, con la excepción de ciertas regiones donde la pre-

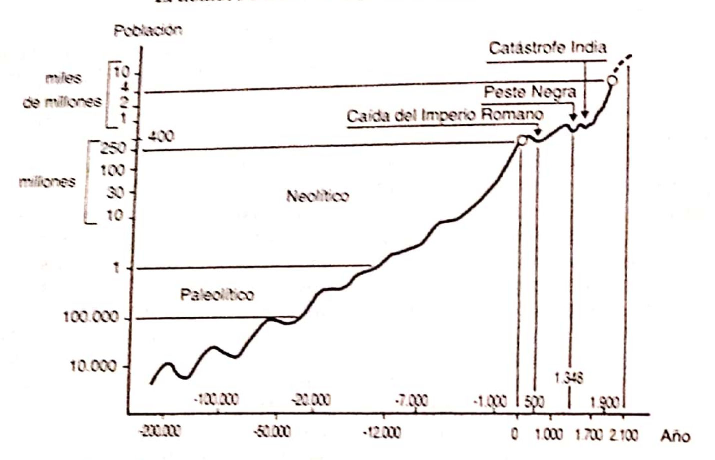
[14] CHAUNU, P., *Histoire et Imagination*, París, 1980; CHAUNU, P., *De l'histoire à la prospective*, París, 1975.

[15] CHAUNU, P., *Histoire et Décadence*, París, 1981.

[16] CHAUNU P., *Séville et l'Atlantique*, t. VIII, I, París, 1959. Me gustaría añadir para los lectores españoles, algo sensibilizados en este tema, que el descenso demográfico de los indios de América del Sur no proviene, principalmente, de la violencia ejercida por los conquistadores, sino, sobre todo, del «choque vírico», letal para estas poblaciones no inmunizadas. En efecto, los indios no conocían algunas enfermedades benignas para nosotros, como el catarro o las enfermedades infantiles, y sucumbieron como nosotros en tiempos de la peste. No hay pues que confundir el «genocidio» de los indios de América de Norte con la mortalidad que se produjo en el Sur.

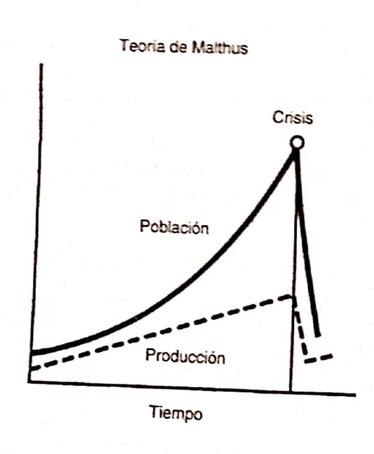
[17] CHAUNU, P., *Un futur sans avenir*, París, 1979, pp. 41-52; SAUVY, A., *La fin des riches*, París, 1975; DUMONT, G. F.,

GRÁFICO 1:
El hombre desde sus orígenes hasta la actualidad



Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, p. 303.

GRÁFICO 2:
Teoría de Malthus y Realidad



Realidad

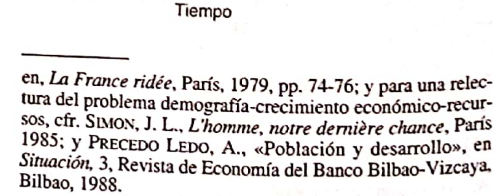
Crisis

Producción

Población

Tiempo

Mythes et réalité des désequilibres démographiques, París, 1984; SENTIS, P., «Comment la théorie économique évacue-t-elle la démographie?», en *Démographie politique*, París, 1982; CHESNAIS J. C.; LEFEBVRE, A., en *Population*, 1973, 1977, 1978; CHESNAIS J. C., *La revanche du Tiers Monde*, París, 1987; SAUVY, A., «Les conséquences du viellissement»


en, *La France ridée*, París, 1979, pp. 74-76; y para una relectura del problema demografía-crecimiento económico-recursos, cfr. SIMON, J. L., *L'homme, notre dernière chance*, París 1985; y PRECEDO LEDO, A., «Población y desarrollo», en *Situación*, 3, Revista de Economía del Banco Bilbao-Vizcaya, Bilbao, 1988.

sión demográfica es tal que lo sumerge todo. Así, un país como la India, en vez de que sus habitantes se mueran de hambre como se anunció hace treinta años, ha duplicado completamente su población al tiempo que ha triplicado casi su producción de cereales, lo que ha originado un incremento de la producción por habitante. En general se constata, pues, que un crecimiento demográfico conlleva un progreso proporcionalmente mayor en el campo de la cultura. Es evidente que este mecanismo ya no actúa en cuanto son excesivamente solicitadas las posibilidades entre crecimiento y recursos. De aquí resulta que la «Ley malthusiana»[18] debe ser leída a la inversa.

Sentadas las bases inalterables de la demografía, habrá que partir de ellas, si realmente se quiere razonar de manera correcta sobre cuestiones demográficas. La ausencia de estos elementos fundamentales provoca inexorablemente errores de apreciación y de juicio. Ahora bien, equivocase en demografía puede tener efectos desastrosos, tanto más cuanto que un error cometido hoy no se detecta hasta una generación después, dentro de veinte, treinta, o quizás cincuenta años. Es importante, pues, prever hoy y saber reaccionar de un modo apropiado y eficaz.

Algunas nociones técnicas

Como cualquier otra ciencia, la demografía necesita nociones exactas que permitan, por sí mismas, comprender la realidad.

a) Las tasas de natalidad, nupcialidad y mortalidad

En demografía las medidas más simples son las tasas de mortalidad, nupcialidad y mortalidad. Se obtienen dividiendo su número por el total de la población y multiplicando por mil el resultado[19].

Para la España de 1986, este análisis dio los siguientes resultados:

	Nacim.	Matri.	Fallec.
Cifras en 1986	484.500	203.400	306.600
Población en 1986		38.996.200	
Resultado (× mil)	11,14	5,22	7,86

En realidad, estas tasas no son muy significativas. Se aprecia, por ejemplo, que España conoció en 1986 un excedente de nacimientos (sobre fallecimientos) del orden de 128.900 personas, es decir, de un 3,28 por mil, lo que podría llevar a pensar que todo iba bien. Para demostrar la insuficiencia de estas tasas, tomemos el siguiente ejemplo: en una determinada región hay una población relativamente joven que tiene pocos niños. Dada la media de edad baja de esta población, hay pocas muertes y, a pesar de la débil fecundidad, la tasa de natalidad es relativamente elevada, lo que arroja un fuerte saldo positivo en favor de los nacimientos. El estado demográfico de la población parece, pues, satisfactorio. En realidad, esto no es así: treinta años más tarde, la misma población está completamente envejecida, puesto que la pequeña proporción de niños nacidos hace treinta años, tiene demasiados pocos descendientes para rejuvenecer esta población.

Se hace, pues, indispensable, asociar otras medidas a las tasas de natalidad, mortalidad y nupcialidad, a fin de tener una imagen correcta de la situación demográfica.

b) La pirámide de edad

La pirámide de edad muestra las proporciones entre las distintas clases de edad de una población. En la base, en la línea horizontal, se inscriben los recién nacidos en un número proporcional a las otras clases de edad; en la vertical, de abajo hacia arriba, se superponen las diferentes edades. La inclinación de la pendiente permite ver el estado de salud de la población: si la pirámide es más amplia en su base (ejemplos 2 y 3, gráfico 3), eso indica una población joven; cuanto más se acerque a una forma cuadrada (ejemplos 1 y, sobre todo, 4) más envejecida estará la población. La pirámide es, pues, la medida ideal de una situación dada.

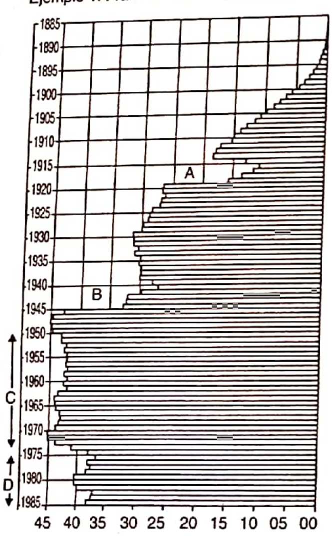
La forma de la pirámide no es evidentemente fija, sino que evoluciona según los cambios ocurridos en la población de que se trate: incremento de la esperanza de vida, incremento de la natalidad o mortalidad.

[18] Malthus pretendía que la producción tendía a progresar de una forma lineal (aritmética), mientras que la población lo haría de forma exponencial (geométrica).

[19] CHAUNU, P., *Un futur sans avenir*, París, 1979, pp. 265-270; más detallado: LEGRAND, J., «Comment meurt un pays», en *La France ridée*, París, 1979, pp. 19-59; o también SAUVY, A., et al., *Elements de démographie*, París, 1976.

GRÁFICO 3:
Algunos ejemplos de pirámides de edad

Ejemplo 1: Francia en 1986 (sexo masculino)

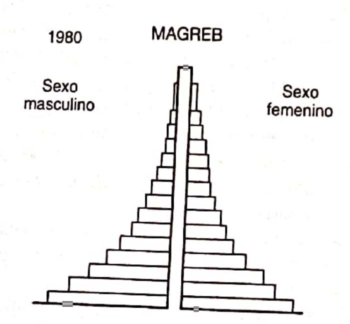


Efectivos de generaciones masculinas anuales (en decenas de millares).

A=Déficit de nacimientos debidos a la guerra 1914-1918
B=Déficit de nacimientos debidos a la guerra 1939-1945
C=*Baby boom*
D=Descenso de natalidad

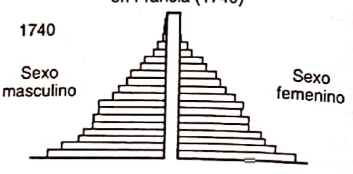
Fuente: DUMONT, CHAUNU, SAUVY et al.: *La France ridée*, París 1986, p. 296.

Ejèmplo 3: Pirámide de edad de un país del Tercer Mundo (Magreb, 1980)



Fuente: CHAUNU, P.: *Un futur sans avenir*, París 1979, p. 295.

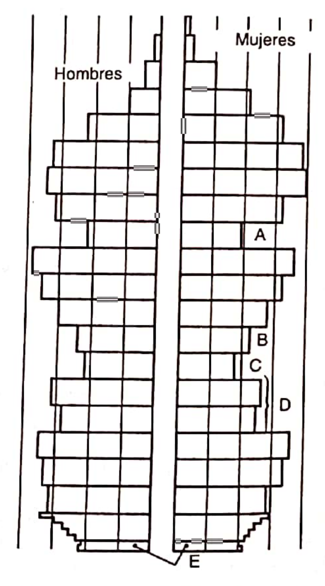
Ejemplo 2: Pirámide de edad del Antiguo Régimen en Francia (1740)



Fuente: DUPAQUIER, J.: *La population Française aux XVIIe et XVIIIe siècles*, París 1979, p. 84.

Ejemplo 4: Una región en proceso de despoblación (Creuse, 1978)

Menos de 50 años 25 %
Más de 55 años 25 %
Más de 75 años 10 %



1903 5.144 nacimientos por 277.830 habitantes
1964 2.021 nacimientos por 183.515 habitantes
1976 1.262 nacimientos y 2.501 fallecimientos por 146.200 habitantes

A=Guerra (1914-1918)
B=Crisis de natalidad (1930-1935)
C=Guerra (1939-1945)
D=Éxodo rural de los jóvenes
E=Nacimientos en 1976 y 1977

Fuente: DUMONT, G.-F.: *La France ridée*, París 1979, p. 337.

En el gráfico 3 se reproducen cuatro pirámides que muestran situaciones demográficas bien diferentes. La primera (ejemplo 1) es la de Francia en 1986. Como en toda pirámide se aprecia el pasado, la historia de ese país: las muescas de los años 1914-1918 y 1939-1945 provienen del déficit de nacimientos durante las dos guerras mundiales: la recuperación de la natalidad entre 1946 y 1973, conocida popularmente como *baby boom*, se traduce en el ensanchamiento de la pirámide y, en fin, la caída de la natalidad que roe la base de la pirámide, es bien visible en la parte inferior. El ejemplo de Francia en 1740 (ejemplo 2) muestra una pirámide regular, casi ideal-típico, que corresponde más o menos a la del Magreb de 1980 (ejemplo 3) con la única diferencia de que, junto a lo reducción de la mortalidad infantil, se aprecia un ensanchamiento bastante importante en la base, lo que denota una fuerte preponderancia de jóvenes. Es exactamente el caso contrario al de la pirámide del departamento francés de Creuse en 1978 (ejemplo 4) que muestra una región en proceso de despoblación, puesto que las franjas de edad entre los 60 y los 75 años ¡son más importantes que las de los niños!

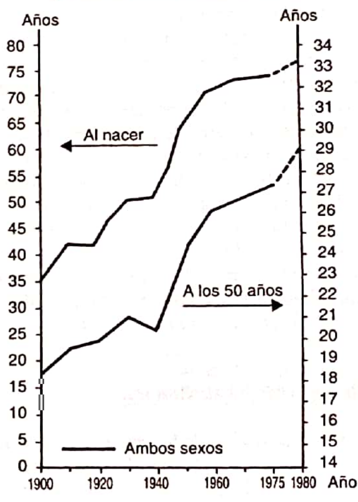
c) *La esperanza de vida*

La esperanza de vida es un valor teórico, que da una estimación del número de años que un individuo tiene todavía por delante a una determinada edad. Cuando la esperanza de vida crece, como es el caso de España (y del mundo industrializado e incluso subdesarrollado), significa que la mortalidad general ha descendido. En España, como muestra el gráfico 4, la esperanza de vida se ha doblado desde 1900, y se encuentra hoy en 77 años para un recién nacido. Así pues, sin que se haya tenido que modificar la fecundidad, ha podido aumentar, al mismo tiempo, el número de habitantes. De momento, parecería que hubiésemos alcanzado una especie de tasa máxima, pero en ciertos países se registra un retroceso en la esperanza de vida (la antigua URSS y ciertos países del Tercer Mundo, por ejemplo).

d) *La tasa de fecundidad*

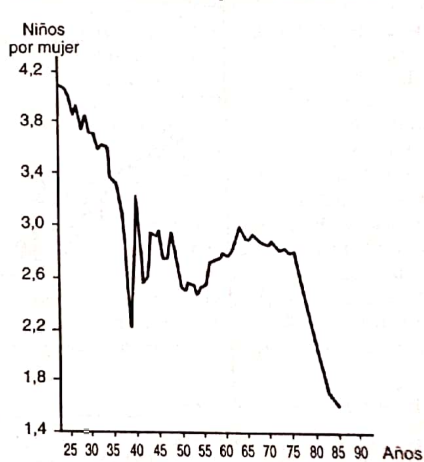
Es uno de los valores más importantes para medir la vitalidad de una población, puesto que

GRÁFICO 4:
Esperanza de vida en España al nacer y a los 50 años (1900-1975)



Fuente: Gabinete BERNARD KRIEF y Sociedad Española de Geriatría: *Libro blanco del médico y la tercera edad*. Madrid 1986, p. 146.

GRÁFICO 5:
Índice de fecundidad española desde 1920



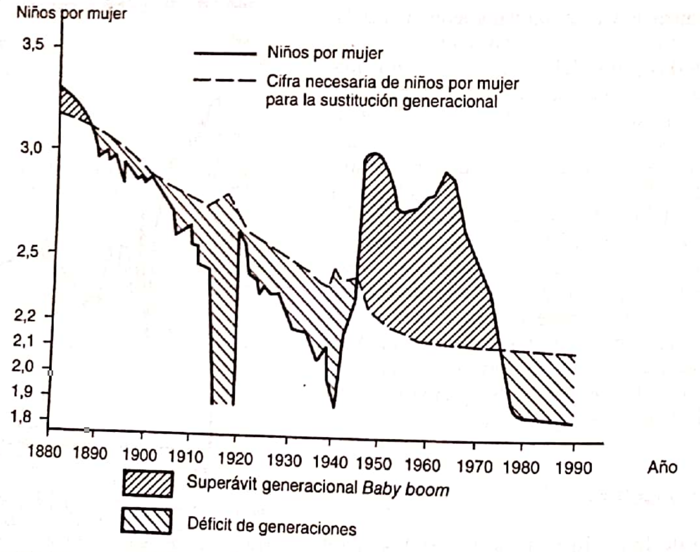
Fuente: FÉRNANDEZ CORDÓN Juan Antonio: *Análisis longitudinal de la fecundidad en España. Tendencias Demográficas y Planificación Económica.* Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid 1986, p.51.

muestra si una generación es sustituida por otra o no. Sin embargo, esta tasa tiene el inconveniente de no poder ser conocida de inmediato. En efecto, es necesario esperar al final del período de fecundidad de las mujeres para poder calcularla exactamente, aunque hoy existen cálculos de probabilidad que permiten aproximar bastante el resultado, antes del final del período de fecundidad de una determinada generación de mujeres. Sin entrar en detalles, esta tasa se calcula dividiendo el número de hijos nacidos en una cohorte de madres (nacidas en un determinado lapso de tiempo, de 1911 a 1920, por ejemplo) por el número de sus mujeres. Es así como constatamos en el gráfico de España, entre 1920 y 1985, que el número de hijos por mujer tiende a bajar de 4 hijos por mujer, a principios de siglo, a un poco más de 1,5, en la actualidad.

e) La tasa neta de sustitución

Esta tasa se deriva de la tasa de fecundidad, y se calcula a partir del número de niños nacidos por mujer. Permite visualizar mejor el comportamiento de una población. Se fijó que esta tasa de sustitución correspondería a 1 (1,0), cuando una generación es perfectamente reemplazada por sus descendientes. En la medida en que la mortalidad es diferente, según las épocas y las situaciones sanitarias y materiales, la tasa de sustitución —repitámoslo, el número de hijos necesarios por mujer para sustituir a una generación— varía igualmente a lo largo del tiempo. Así, eran necesarios en Francia entre 4 y 5 hijos por mujer en el siglo XVIII —y por tanto netamente más por mujer casada, dado que una proporción no despreciable de mujeres permanecía soltera—, 3,4 en 1950 y 2,1 en la actualidad. Si la tasa de fecundidad cae por debajo de esta línea, la generación no puede ser reemplazada: lo que conlleva una población envejecida, cuyo número no dejará de descender. Esta tasa de 2,1 hijos por mujer (o de 21 niños por cada 10 mujeres) constituye el mínimo absoluto para la sustitución de una generación, puesto que hacen falta 2 niños para sustituir a sus padres y 0,1 son los necesarios, ya que para que haya 100 niñas (sustituyendo a sus 100 madres), nacen sólo 106 niños; por lo tanto, hacen falta por lo menos 206 nacimientos para encontrar 100 niñas (los niños tienen, aún hoy, una mayor mortalidad). Así, en 1984, los 168 niños nacidos por cada 100 mujeres dan la tasa de sustitución neta de 0,8 en España, es decir, falta exactamente un 20 por ciento de niños para sustituir a la generación precedente.


GRÁFICO 6:
Fecundidad y tasa de reproducción neta en Francia (1880-1990)



Fuente: DUMONT, CHAUNU, SAUVY et al.: *La France ridée*, París 1979, Pluriel, p. 329.

Las tasas de fecundidad (número de hijos por mujer) y aún más la tasa de sustitución neta son, pues, las dos medidas más apropiadas para conocer de forma rápida una situación demográfica.

La situación actual

Antes de pasar a interpretar una situación demográfica, es importante describirla y ver sus consecuencias a veinte años vista.

Sólo se pueden comparar cosas que sean comparables. Esta máxima parece lógica y, sin embargo, esta evidencia no es entendida precisamente en demografía. Nadie se atrevería a poner juntas la agricultura e industria europeas y las de Mauritania, por ejemplo, puesto que las diferencias existentes son tales que la comparación no tiene sentido. Sin embargo, muchos medios de comunicación suelen hacer estas comparaciones aplicadas a la demografía. ¿Cuántas veces no hemos visto tasas de natalidad africanas puestas en relación con las europeas? Esto equivoca al lector no advertido, o mejor dicho, le desorienta, puesto que tiene la impresión de tener ante sí dos cosas comparables. Además, la mayoría de los periodistas que se ocupan de la situación demográfica citan casi siempre el informe norteamericano «Global 2000». Desgraciadamente, este informe es, en muchos campos y sobre todo en demografía, algo incompleto o, peor aún, incompetente[20].

Por estas razones debemos separar escrupulosamente la demografía de los países del Tercer Mundo de la de las naciones industrializadas.

a) El Tercer Mundo

En estas líneas no nos ocuparemos de la demografía del Tercer Mundo. Sin embargo, dado que la información demográfica suministrada por los medios de comunicación se nutre, nueve veces de cada diez, de fuentes tomadas en países no desarrollados, es importante hacer algunas observaciones preliminares.

El arsenal anticonceptivo (píldora, esterilidad, DIU, aborto, esterilización) fue inventado ante la amenaza de un mundo en «explosión demográfica»[21]. Nadie discute el hecho de que bajo influencia de una mejor alimentación conjugada con un mejor estado de salud, ciertas regiones del mundo conocen un crecimiento demográfico importante. Sin embargo, los expertos deberían haber observado que ya a partir de los años 1960-1970, las tasas de fecundidad empezaban a bajar en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Esto puede observarse en el cuadro 1, donde solamente se citan los países más poblados de la Tierra[22].

CUADRO 1:
Descenso de la fecundidad en los países en desarrollo

País	Descenso de la fecundidad (en %) en los países en vías de desarrollo	
	1965-1975	1965-1985
China	–24	–44
India	–16	–23
Indonesia	–13	–28
Egipto	–17	–14
Brasil	–9	–29
México	–9	–25

El descenso de la fecundidad, entre 1965 y 1985, supera en 14 países el 30 por ciento, 23 países han tenido una caída del 20 al 30 por ciento y hay que resaltar que todos los grandes países están dentro de estas categorías. 47 países han conocido una reducción de entre el 0 y el 20 por ciento, mientras que sólo 11 países, todos prácticamente situados en África, aumentaron su fecundidad. Esta realidad fue, evidentemente, enmascarada por el hecho de que las poblaciones en cuestión seguían aumentando considerablemente —a pesar del descenso de fecundidad—, puesto que la esperanza de vida se elevaba al mismo tiempo. Un indicio del error que se comete cuando los estudios no tienen en cuenta este nuevo dato, puede ser suministrado

[20] Cfr. a este respecto SIMON, J. L., *L'homme, notre dernière chance*, París, 1985.

[21] CHAUNU, P., *L'historien dans tous ces états*, París, 1984, pp. 404-405.

[22] Las cifras provienen de los siguientes estudios: MAULDIN, W. P.; BERELSON, B., «Conditions of Fertility in Developping Countries, 1965-1975», en *Studies in Family Planning*, 9, 1978; SIMON, J. L., *L'homme, notre dernière chance*, París, 1985, p. 377; y *Der fischer Weltalmanach 1988*, Frankfurt, 1987.

por las estimaciones de la ONU, que pretendía, en 1960, que la Tierra contaría en el año 2000 con 7 mil millones de habitantes, mientras que hoy ya sólo habla de 6 mil millones. Esta estimación contaba, por supuesto, con el apoyo incondicional de ciertos medios de comunicación que divulgaban así, mundo a través, la mala noticia[23]. El error cometido fue enorme, del orden del peso demográfico de China, ¡mil millones!, y esto sólo en un espacio de 20 años. Parece, por otro lado, que esta nueva estimación debiera de ser de nuevo revisada a la baja, puesto que, mientras tanto, la mortalidad ha vuelto a subir bajo el efecto de las guerras asesinas, de la corrupción de los regímenes, de las hambres organizadas, de las masacres de todo tipo, y antes que nada, por las desastrosas condiciones sanitarias responsables de una sobremortalidad, mayor que la del hambre[24].

Sin embargo, convendría analizar el Tercer Mundo, región por región y no globalmente. Entre las regiones con tendencia a la sobrepoblación (el triángulo Pakistán-India-Bangla Desh) y los continentes casi vacíos (América del Sur, África) hay diferencias enormes. La realidad está siempre mucho más diferenciada de lo que los resultados medios dejan entrever.

En todo caso, en lo que aquí nos concierne, lo importante es que la «explosión demográfica» es antes que nada, el producto de una obsesión occidental respecto a las poblaciones numerosas del Tercer Mundo, aunque, en algunos casos, este término alarmista fuese apropiado[25].

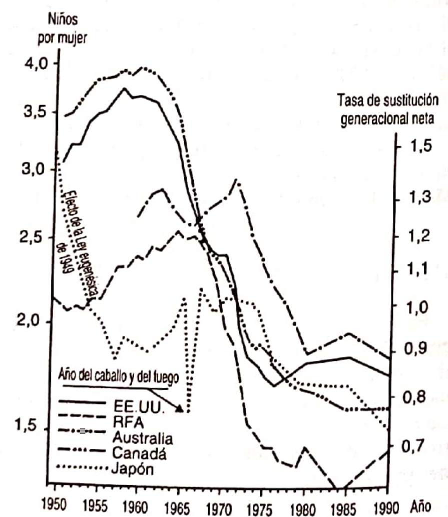
b) *El mundo industrial*

Si el término «explosión demográfica» no siempre está justificado en el Tercer Mundo, es completamente aberrante si se emplea para designar el *baby boom* de los años 1946-1964 en los países industrializados. Observando más detenidamente este período, se aprecia que, de hecho, se trata de un excedente medio de fecundidad en relación con las tasas de sustitución neta y, sobre todo, que este excedente se limitaba únicamente a llenar los déficit que dejó el anterior período de entreguerras (véanse para Francia y Alemania los gráficos 6 y 8, respectivamente). Este corto período de vitalidad natalista supuso un freno para el avanzado envejecimiento de nuestros países.

¿Había sobrepoblación en la Europa de 1960? Visto globalmente, ciertamente que no. Viviendo en uno de esos macrocentros, como París o Londres o incluso en grandes ciudades como Madrid o Barcelona, el sentimiento de sobrepoblación podía evidentemente aparecer, pero sólo a título de un sentimiento personal. Si Europa no estaba especialmente superpoblada, no se entiende por qué había que imponer un descenso de la natalidad. Y sin embargo, a partir de 1964, la reducción de la natalidad es algo que no cesa.

Todos los Estados industriales están igualmente afectados, desde América, pasando por Europa, hasta Japón.

GRÁFICO 7:
La fertilidad en las grandes naciones industrializadas (EE.UU., RFA, Australia, Canadá y Japón)



Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, p. 256.

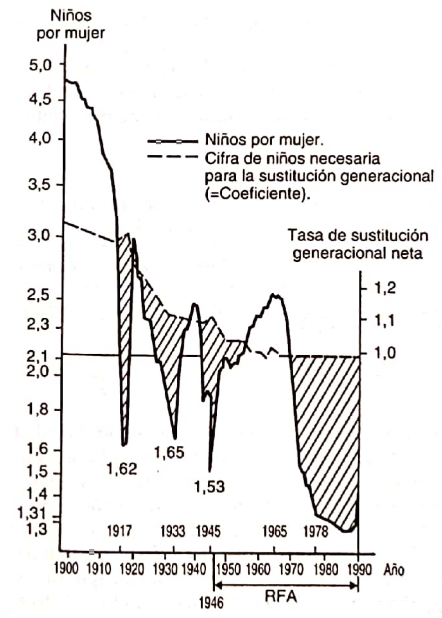
[23] Un buen ejemplo de este «delirio demográfico» puede encontrarse en EHRLICH, P. R., *La bombe P. Sept milliards d'hommes en l'an 2000*, París, 1972.

[24] DUPAQUIER, J., «La contre-offensive de la mortalité», en *Histoire, Économie et Societé*, París, 1984, pp. 473-490.

[25] Cfr., a este respecto el libro de CLARK, C., *The Myth of Overpopulation*, Melbourne, 1973; D'ENTREMONT, A., «Cambio demográfico y cambio socioeconómico en el mundo: el dilema persistente», en *Situación*, 3, Revista de Economía del Banco Bilbao-Vizcaya, Bilbao, 1988; o para el análisis del sentimiento de «culpabilidad» de los ricos hacia los pobres, BRUCKNER, P., *Le sanglot de l'homme blanc*, París, 1983.

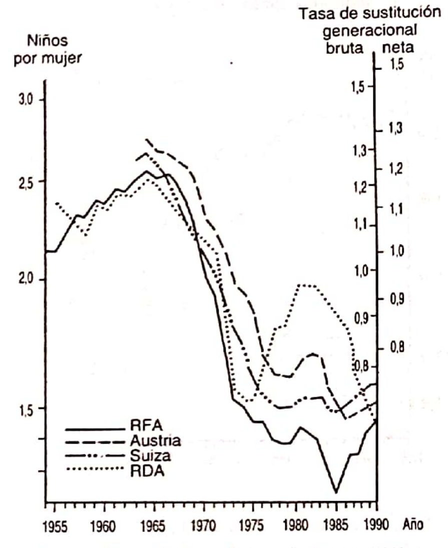
La situación de las cinco mayores naciones industrializadas, que cuentan por sí solas con el 60 por ciento del potencial económico mundial, es frágil: la no sustitución de las anteriores generaciones comienza en los años setenta y ha continuado hasta nuestros días, sin que se pueda determinar si hemos tocado fondo o no. Ni el espacio disponible, ni la riqueza producida ni la cultura influyen en este fenómeno. Australia, Canadá y Estados Unidos están poco habitados; por contra, Japón está superpoblado. Se puede apreciar que Alemania Federal y Estados Unidos tenían en 1978 una natalidad menor que la del Japón en 1966, el año del «caballo y del fuego», en el que, según una leyenda, las niñas que nacieran serían feas y pendencieras, lo que indujo a los japoneses a no tener descendencia ese año. Se habrá apreciado el paralelismo del fenómeno. Lo que determina la diferencia entre ellos es el momento en que tal país o tal otro empieza a descender en su natalidad. Hay sólo un desfase en el tiempo, pero no una diferencia de fondo.

GRÁFICO 8:
Curva de natalidad alemana (1900-1990)



Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, p. 256.

GRÁFICO 9:
Tasas de natalidad en RFA, Austria, Suiza y RDA



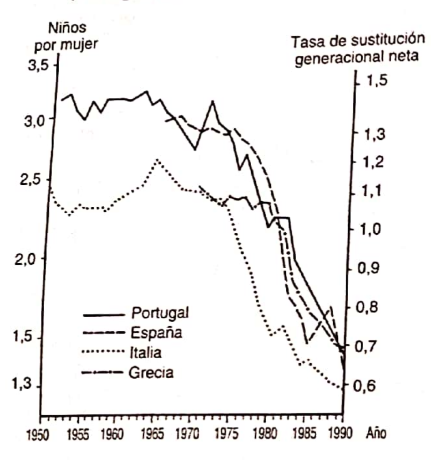
Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, p. 249.
Para Suiza. *Fuente: Berich zur demographischen Entwicklung in der Schweiz seit 1971*, Bundesamt für Statistik 1984, p. 30.

Alemania, un caso extremo, muestra bien la extensión del hecho. Ni la guerra de 1914-1918, ni la crisis económica de 1929, ni los bombardeos intensivos aliados de la Segunda Guerra Mundial llegaron a determinar tales caídas en la población. Se aprecia que el déficit, a partir de 1970, es netamente más importante que los tres períodos deficitarios juntos entre 1914 y 1945.

El mismo descenso se aprecia, a partir de 1960, en los Estados industriales del norte de Europa. Francia resiste mejor que sus compañeras este hundimiento, gracias a un programa familiar más ambicioso, si bien insuficiente.

La Europa del sur, por consiguiente también en España, ha resistido mejor este enorme descenso de la fecundidad hasta aproximadamente 1974-1975, fecha a partir de la cual las naciones mediterráneas se pusieron a romper, también

GRÁFICO 10:
Tasas de natalidad del Sur de Europa (Portugal, España, Italia y Grecia)



ellas, sus tasas de fecundidad. Esta tardanza se explica, por lo general, por una superpresión de factores favorables a la fecundidad, a saber: una fuerte tradición familiar reforzada por un Estado de orden, autoritario y explícitamente jerarquizado, sostenido por una Iglesia influyente que perseguía el mismo objetivo en el ámbito familiar. Esta conjugación de factores favorables a la familia y, por consiguiente, a la procreación, ha podido retrasar el proceso de desnatalidad pero no ha podido impedirlo. De forma que, en la actualidad, la fecundidad del Sur es igual de baja que la del Norte.

Ésta es la situación a la que se llega en 1989. Pero, ¿cómo va a desarrollarse una población a partir de estas premisas? Los modelos que señalamos en el gráfico 11 muestran la situación que nos encontraremos entre el año 2000 y el 2010, si los coeficientes de reproducción se mantienen en sus respectivos niveles y partiendo de la hipótesis de una mortalidad estable.

Sería necesario subrayar, una vez más, que estas pirámides de edad no son fantasmas dibujados por ciertas personas de dudoso gusto, sino que representan, sin ningún género de dudas, el próximo futuro de nuestras poblaciones.

Las diferentes situaciones se resumen en el siguiente cuadro:

CUADRO 2:
Fecundidad y grupos de edad

	1	2	3	4	5	6
Coef. de reprod.	1,00	0,87	0,74	0,62	0,50	0,35
Niños/mujer	2,15	1,87	1,57	1,33	1,07	0,7
Prop. 20 años	27,0	23,3	19,0	15,1	11,1	6,0
Prop. 60 años	21,0	25,1	30,0	35,4	42,3	50,0
Pobl. activa	52	52	51	50	47	44

Se apreciará que en el porcentaje de personas de 20-60 años, es decir, el de la población activa, permanece estable, pero no, por supuesto, el número absoluto que desciende. Este hecho lleva a muchos expertos, y sobre todo a los economistas a considerar el descenso de natalidad como un hecho anodino. Sin embargo, aunque se puede contar, en un primer momento, con un número igual de personas que trabajen, posteriormente vendrá un descenso vertiginoso de esa misma población activa que está englobada en estos datos.

España no escapará al envejecimiento acelerado de su población.

Comparando las franjas de edad respectivas entre 1980 y 2010 (ó 2020) se observa que aumentarán en un 38 por ciento los jubilados (a partir de los 65 años), mientras que el número de jóvenes (por debajo de los 15 años), disminuirá en un 22 por ciento.

CUADRO 3:
Proporción de diferentes franjas de edad en España entre 1980 y 2020

Edad	1980	2010	2020	Cambio
0-15	9,646	7,894	7,542	–22%
15-64	23,777	28,400	28,205	
+65	4,25	6,046	6,764	+38%

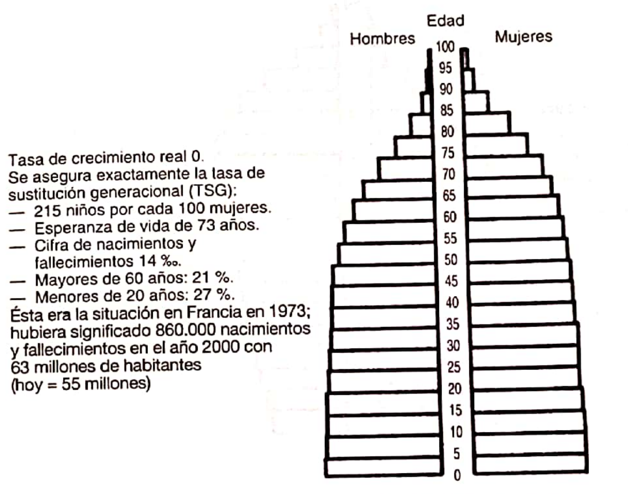
Fuente: SAUVY, A.: *L'Europe submergée*, París, p. 164.

Observando estos cuadros y pirámides de edad, podemos preguntarnos: ¿a partir de qué porcentaje de jóvenes, por debajo de los 20 años, y de personas mayores, por encima de los 60 años, nuestros sistemas culturales, sociales, económicos y políticos dejarán de funcionar? No es posible dar una respuesta concreta, dada nuestra ignorancia para determinar con precisión el «umbral» de tolerancia». Pero se pueden esbozar algunos de los problemas que acontecerán a causa de esto.

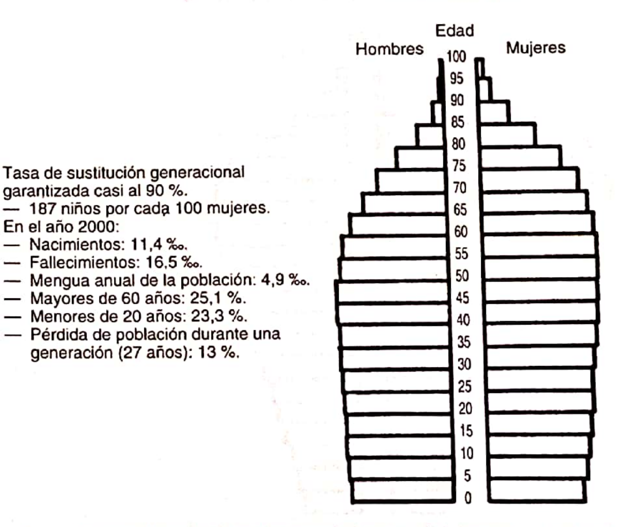
GRÁFICO 11:

Pirámides de edad en los años 2000-2010, bajo las condiciones de fecundidad señaladas y de mortalidad estable.

1. EQUILIBRIO, Francia 1973, coeficiente 1



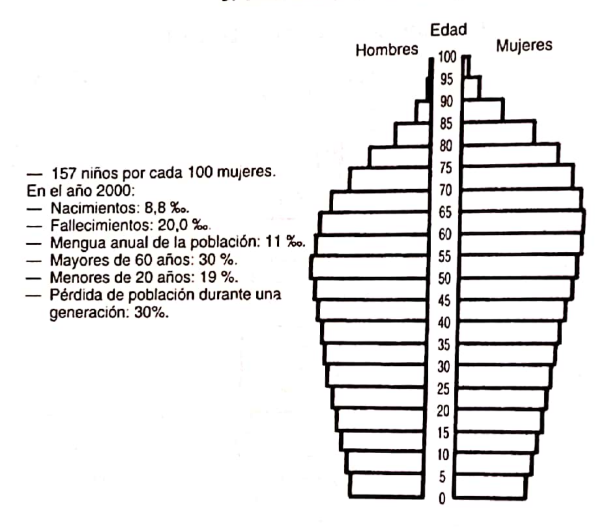
2. EQUILIBRIO MENGUANTE, Francia 1977, coeficiente 0,74



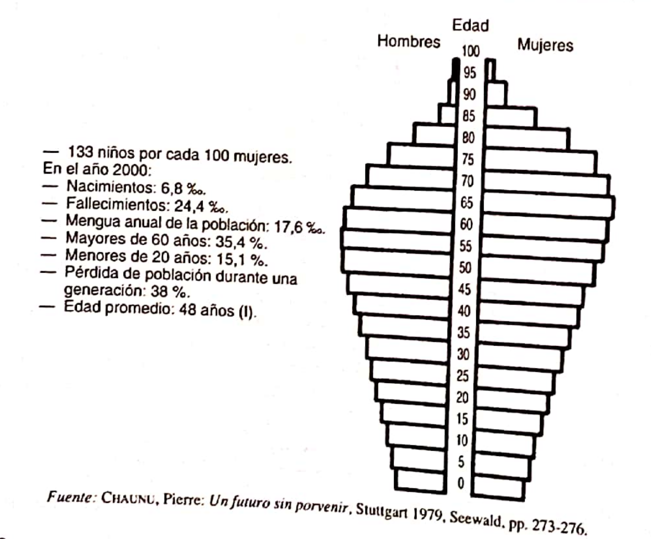
Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, pp. 273-276.

Pirámides de edad en los años 2000-2010, bajo las condiciones de fecundidad señaladas y de mortalidad estable. (Cont.)

3. MENGUA, Portugal y España 1987, coeficiente 0,74



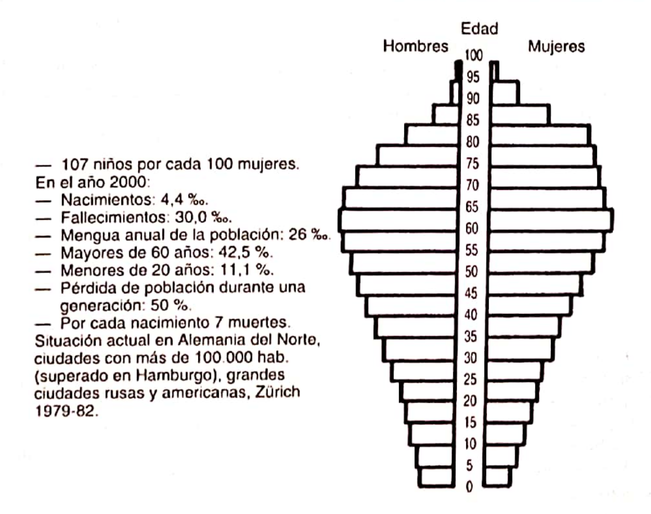
4. BAJADA, España 1990, coeficiente 0,62



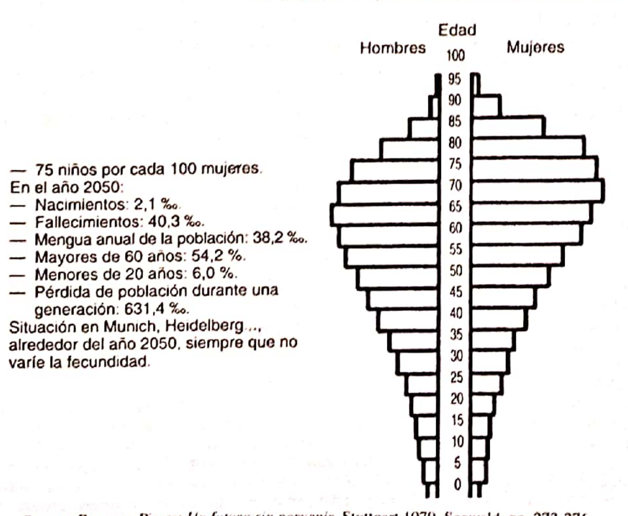
Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, pp. 273-276.

Pirámides de edad en los años 2000-2010, bajo las condiciones de fecundidad señaladas y de mortalidad estable. (Cont.)

5. HUNDIMIENTO, Austria 1990, coeficiente 0,5



6. SUICIDIO, Alemania 1976, coeficiente 0,35



Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, pp. 273-276.

1. Según prudentes estimaciones, parece que cerca del 50 por ciento del paro registrado hoy en el mundo industrial[26], está relacionado con el importante descenso de la natalidad. Esto es así por dos razones: primero, las decisiones para invertir la población tomadas en los años 60 estaban en función de una fuerte natalidad. Ahora, bien, desde 1960, el descenso en relación a esas estimaciones ha dejado un «déficit» del orden de 80 millones de niños en el mundo industrializado[27]. Esto es una monstruosidad. Además, los niños son importantes consumidores antes de convertirse a su vez en productores. Tal como lo formulaba en 1958 el premio Nobel, Myrdal: «En un país rico, el impulso suplementario dado a la demanda por el crecimiento demográfico puede ser incluso necesario para mantener los niveles de consumo e inversión, y de ahí, el pleno empleo[28]. Se podría objetar que, que en un estado así, tener o no tener hijos no cambia nada, puesto que la suma global de dinero disponible permanece igual. Cierto, sólo que esta suma se invierte de un modo diferente: las familias necesitan productos de consumo que requieren mucho trabajo (viviendas, vestidos, alimentos, coches), mientras que el dinero de las parejas sin hijos va a sectores llamados "de lujo", tales como cadenas de alta fidelidad o viajes al extranjero»[29]. Terminaremos con una ocurrencia de Michel Debré, primer ministro de De Gaulle, quien decía que no habría tantos excedentes de leche, mantequilla y queso si los europeos tuviesen tantos hijos como antes...

2. Si hoy la Seguridad Social tiene ya problemas de financiación, ¿cómo se las arreglará cuando la población mayor de 65 años sea el doble? Nos encontramos aquí con dos posibilidades: o el Estado aumenta las cotizaciones (o las sustituye por dinero público), o disminuye las prestaciones. La primera solución no es creíble a largo plazo, tanto más cuando los gastos en salud aumentan sustancialmente con la edad[30]; la segunda es mucho más probable, pero esto no ocurrirá sin dificultades políticas y sociales.

3. La democracia es una construcción frágil que sólo funciona correctamente cuando existe un cierto equilibrio entre las capas sociales, las ideas políticas y los grupos de edad. Parecería legítimo preguntarse qué ocurrirá el día en que el 30 por ciento de la población, por lo tanto el 40 por ciento de los electores, tengan más de 60 años, y el 50 por ciento, más de 50 años. Parece lógico que esos electores votarán prioritariamente en el sentido de sus intereses, lo que provocará una segura reacción por parte de la minoría joven, que tendrá como único destino pagar. Felipe González, con sus 50 años, es hoy un joven Presidente de Gobierno. ¡Mañana sería más joven que la mitad de sus electores!

4. Para dominar los problemas técnicos, hay que recurrir a las innovaciones. Sin embargo, una gran parte de las innovaciones fundamentales las realizan investigadores entre los 20 y los 35 años. Un mundo sin juventud será un mundo sin inventos. Por otro lado, la educación cuesta cada vez más. ¿Quién pagará cuando el presupuesto esté en dificultades, a causa de las pensiones y los gastos complementarios debidos al envejecimiento? Con estas premisas, el progreso técnico que tiene ya hoy una tendencia a estancarse, se paralizará por completo. Por esta razón no son realistas los modelos demográficos que pretenden compensar el envejecimiento con un crecimiento de la productividad[31].

5. ¿Quién hará funcionar la industria? ¿Puede esperarse una «ayuda humana» de los países subdesarrollados? Ciertamente, el problema estriba únicamente en saber cómo van a reaccionar los autóctonos frente a millones de extranjeros, cuando hoy, en los países que tienen ya una fuerte inmigración (Francia, Gran Bretaña, Alemania) surgen múltiples problemas a causa de la «alteri-

[26] Hay por supuesto excepciones: Suiza, por ejemplo, no tiene paro, pero de hecho, este país se ha limitado a exportar sus parados al extranjero, puesto que no se renovó el contrato de trabajo a más de 200.000 asalariados en 1973-1975. Sin esto, incluso Suiza tendría una tasa del 10 por ciento de paro. De otro lado, puede parecer que el paro que padece España es debido a su numerosa juventud. Sin embargo, no se trata tanto de esa juventud, no tan numerosa, como de la insuficiente industrialización del país. Es necesario recordar que España, después de la guerra civil, estaba muy poco industrializada y que superó este «retraso» en menos de 30 años.

[27] CHAUNU, P., *Pour l'histoire*, París, 1984, pp. 280-290; SENTIS, P., «Les conséquences de la dénatalité», en *L'enjeu démographique*, París, 1981.

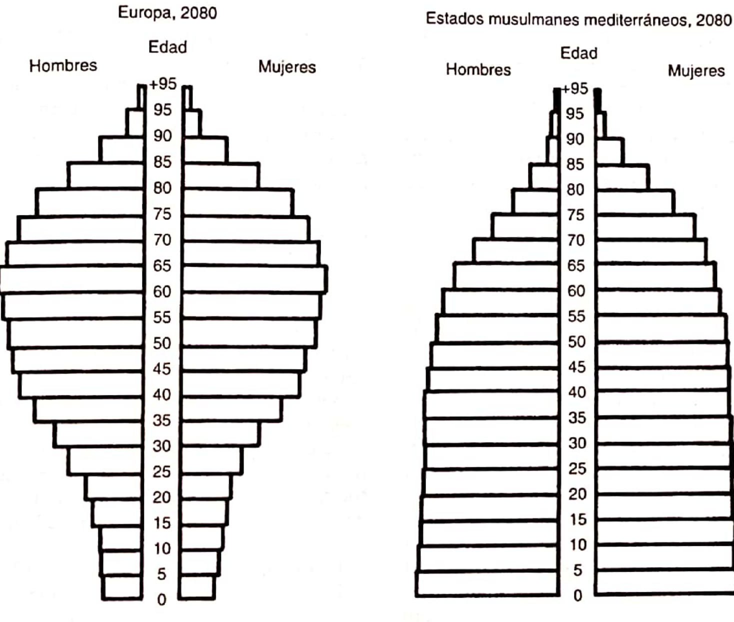
[28] MYRDAL, G., *Une économie internationale*, París, 1958.

[29] CARON, F., *Le résistible déclin des sociétés industrielles*, París, 1985, pp. 282-286.

[30] SAUVY, A., «Les conséquences du viellissement de la population», en *La France ridée*, París, 1979, pp. 63-118; SAUVY, A., *Théorie générale de la population*, París, 1966.

[31] GIARINI, O.; LOUBERGE, H., *La civilisation technicienne à la dérive. Les rendements décroissants de la technologie*, París, 1979; DERIAN, J. C., *La grande panne de la technologie américaine*, París, 1988.

GRÁFICO 12:
Europa y los Estados musulmanes mediterráneos en el año 2080, variante más favorable (mayor retroceso de la fecundidad)



dad fundamental» cultural, social y religiosa de sus inmigrantes venidos de otros países[32]. Por último, ¿es moralmente aceptable basar la supervivencia de nuestras naciones en niños que se importan como si fuesen mercancías?

6. Finalmente, desde el punto de vista geopolítico, cabe preguntarse cuáles serán las consecuencias, cuando, frente a una Europa envejecida con 150 millones de habitantes (en el año 2080, según los comportamientos actuales) haya 245 millones de magrebíes y 120 millones de turcos con gran mayoría de jóvenes. Hay en la Historia una especie de «ley» que muestra cómo todo tipo de vacío, tiende siempre a rellenarse[33]. Es verdaderamente necesario meditar sobre las dos pirámides de edad que anteceden e impregnarse de su «complementariedad».

Las diferencias de este gráfico son sobrecogedoras: juventud frente a vejez. Y, además, se trata de la situación teórica obtenida de seguirse la mejor hipótesis: estabilización de la fecundidad en su nivel actual en Europa y notable reducción de la fecundidad en el Magreb.

En realidad, todas estas preguntas no encuentran respuestas porque nos resultan inconcebibles. Todavía más si se tiene en cuenta que la Historia no ofrece ejemplos de comportamientos humanos tan singulares. Por todo esto, la situación actual es radicalmente nueva y revolucionaria para la demografía humana.

La única respuesta que puede darse a estas preguntas extremas es la de cambiar los comportamientos de forma que los modelos de precisión, anteriormente señalados, no se conviertan en realidad. En esta tarea, la Historia puede sernos muy útil, puesto que nos muestra cómo hemos llegado a semejante situación.

[32] No se abordarán aquí los problemas de inmigración, si bien hay una correlación entre el descenso de la fecundidad de las poblaciones europeas, norteamericanas o australianas, y el aumento constante de una juventud inmigrada (frecuentemente, de segunda generación), culturalmente extranjera. Cfr. a este respecto: GALLOU, J. Y.: *La préférence nationale*, París, 1985; GRIOTTERAY, A.: *Les inmigrés, le choc*, París, 1984.

[33] CHAUNU, P., *L'historien en cet instant*, París, 1985, pp. 272-278; SAUVY, A.: *L'Europe submergée*, París, 1987, p. 280.

¿Cómo hemos llegado a esta situación?

La procreación humana nunca ha estado determinada en un 100 por ciento por la biología, sino que siempre, en gran parte, lo ha estado por la cultura. «En el hombre, la naturaleza es la cultura», decía Claude Lévi-Strauss.

Por eso, no se puede hablar de «demografía natural», refiriéndose a los comportamientos demográficos anteriores a la contracepción eficaz, sino sólo de demografía diferente[34]. Para poder explicar nuestro comportamiento actual, es necesario conocer el cuadro histórico sin el que el presente resulta incomprensible.

El modelo demográfico que se observa en todo el mundo —en Europa hasta el año 1300 y en el Tercer Mundo hasta hoy— se distingue por las tres características siguientes[35]:

a) La edad de contraer matrimonio de las mujeres se sitúa hoy en la India en torno a la pubertad (la edad media es de 14,5 años).

b) Las mujeres solteras son casos aislados, del orden del 11 al 20 por ciento de la población núbil.

c) La fecundidad de las mujeres está, prácticamente, en su máximo y sólo limitada por la muerte, los alumbramientos y el consiguiente período de crianza.

En períodos óptimos, este modelo familiar provoca «explosiones demográficas» que, al principio, suponen un empuje técnico, hasta que las posibilidades materiales fallan y la superpoblación disminuye a causa de agudas crisis de mortalidad.

A finales de la Edad Media, Europa se encontraba en una situación de superpoblación relativa[36]. Sólo que esta vez, y eso era revolucionario, la regulación de la población no se hacía exclusivamente a través de una sobremortalidad importante (la peste del siglo XIV), sino gracias, sobre todo, a un nuevo sistema matrimonial, ampliamente suscitado por la Iglesia:

1. La edad de la mujer para contraer matrimonio corresponde ahora, sin ningún género de dudas, a la etapa de la pubertad que oscila entre los 22 y los 28 años, según las diversas situaciones.

2. El número de mujeres solteras —y también de hombres— aumenta sensiblemente y alcanza entre el 10 y el 30 por ciento, llegando algunas veces incluso al 50 por ciento de una generación.

3. En consecuencia, la fecundidad de las mujeres se reduce entre un 40 y un 60 por ciento, en relación a su fecundidad teórica.

Sin embargo, este nuevo sistema tiene las siguientes ventajas[37].

1. El matrimonio tardío mejora la salud de la mujer, disminuyendo el número de abortos espontáneos, así como la mortalidad femenina postnatal.

2. Este sistema es mucho más flexible y la reacción frente a la sobrepoblación, instantánea: aumento de la edad de contraer matrimonio de las mujeres y del número de solteras. Después de una sobremortalidad (pestes, hambre, etc.), es posible durante un corto lapso de tiempo echar mano de la reserva de mujeres no casadas, de manera que las fuertes sangrías son compensadas bastante rápidamente. Esto se observa adecuadamente en el gráfico 13.

Puede apreciarse en el gráfico 13 cómo los fallecimientos, durante 1693, empiezan a sobrepasar las concepciones. Pero, desde que la crisis parece tocar a su fin, los matrimonios prácticamente se triplican y se doblan las concepciones. De este modelo, en muy poco tiempo, las pérdidas debidas al hambre se borran[38].

3. Efectos secundarios sociales sobre los niños: dado que prácticamente todos los matrimonios se celebran únicamente cuando la pareja tiene sus necesidades económicas cubiertas, hasta ese momento no se independizan de sus padres. La educación de los niños se lleva a cabo en gran medida a través de los padres y no, como antes, a través de los abuelos. Este hecho supone un mayor dinamismo en la educación, favoreciendo los avances técnicos y culturales venideros[39].

[34] Para la teoría de los viejos modelos demográficos y su evolución, cfr. CHAUNU, P., *Histoire, science sociale*, París, 1974; e *Histoire quantitative, histoire sérielle*, París, 1978.

[35] HANJAL, J., «European Marriage Pattern in Prospective», en *Population and History*, Londres, 1965, pp. 101-143, sobre todo la pág. 104.

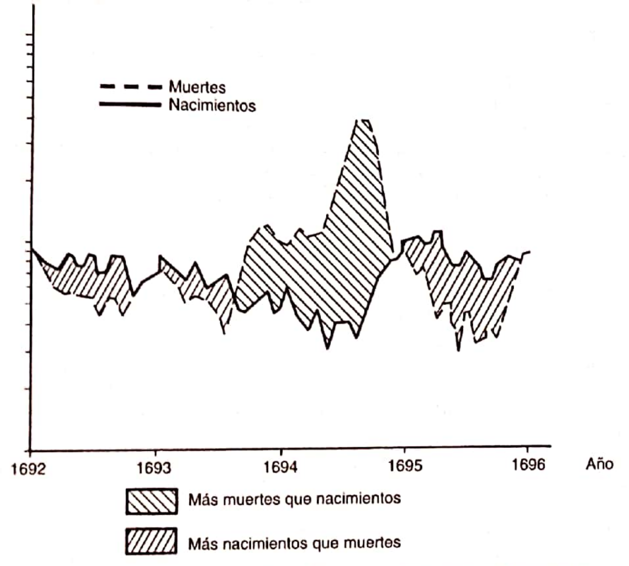
[36] Es el modelo del «mundo lleno» de CHAUNU, P., *Un futur sans avenir*, París, 1979, pp. 88-124.

[37] CHAUNU, P., *Un futur sans avenir*, París, 1979, pp. 96-105.

[38] DEYON, P., *Amiens, capitale provinciale: étude sur la société urbaine du XVe siècle*, París, 1967.

[39] CHAUNU, P., *La civilisation de l'Europe des Lumières*, París, 1973, pp. 71-131; *Histoire, science sociale*, París, 1974, pp. 330-338, y *L'historien dans tous ses états*, París, 1984, pp. 494-499.

GRÁFICO 13:
La gran hambre de 1693-1694 en Amiens



Fuente: DEYON, P.: *Amiens, capitale provinciale*, París 1967, citado en: DUPAQUIER, J.: *La population française aux XVIIe et XVIIIe siècles*, París 1979, p. 48.

4. Efectos secundarios sociales sobre los adultos: la edad media en que se casan los jóvenes oscila entre los 22 y los 28 años. Ahora bien, la pubertad se sitúa entre los 15 y los 18 años. Dado que la Iglesia y la sociedad prohíben las uniones sexuales anteriores al matrimonio, el resultado es que los solteros deben reprimir sus impulsos, sublimándolos. De este modo pueden emplear sus energías en otros campos. Este hecho concurre a la disciplina y al orden de la sociedad, lo que a su vez sirve a los progresos técnicos y científicos. ¡Un círculo virtuoso!

5. Y sobre todo, para volver a la demografía, este sistema está autorregulado a partir del siglo XV, porque se adapta a casi todas las situaciones. Así, se estabiliza la población impidiéndose, tanto las fortísimas explosiones de natalidad como las implosiones mortales[40].

La demografía experimenta, a partir de 1300, una especie de contracepción natural, sin que las parejas tengan que actuar activamente para reducir el número de sus descendientes.

La contracepción efectiva sólo se introduce en la vida de las parejas a partir de 1800. Evidentemente, desde hacía tiempo se conocían diferentes métodos —incluso la Biblia da un ejemplo—, pero su empleo estaba restringido apenas a una minoría[41].

La contracepción «natural», es decir, sin emplear medios químicos o mecánicos, era bastante eficaz. La prueba la tenemos en Francia en el siglo XIX y en Alemania y España a partir de 1900 (véanse gráficos 5 y 8).

Por lo tanto, la contracepción no comienza con la píldora, sin embargo, la píldora es la única revolución rápida que ha ocurrido en demografía.

[40] CHAUNU, P., *Un futur sans avenir*, París, 1979, pp. 112-172.

[41] NOONAN, J. T., *Contraception et mariage*, París, 1969. FLANDRIN, J. L., *Un temps pour embrasser, aux origines de la morale sexuelle de l'Occident*, París, 1983.

siendo los otros cambios, nuevas evoluciones o lentas revoluciones, como la del cambio del sistema matrimonial, acaecida a finales de la Edad Media. La píldora invierte el proceso de decisión al ser un medio de contracepción prácticamente seguro en el 100 por ciento de los casos. Antes, cuando se quería tener menos hijos, se limitaba —con éxito por cierto— su número. Cuando, a pesar de todo se presentaba el niño, era aceptado en la mayoría de los casos, tanto más cuando el entorno felicitaba vivamente a la feliz pareja que pronto quedaba persuadida de haber querido tener ese hijo. Según sondeos realizados hoy, resulta que el 50 por ciento de los niños son «positivamente queridos»; los restantes son, por lo tanto, «accidentes»[42]. Hoy es preciso tomar una decisión activa para tener un hijo; es sabido que las decisiones activas son mucho más difíciles que las «decisiones pasivas». Cuando apareció la píldora en el mercado, era evidente que se iba a reducir la fecundidad a la mitad puesto que, como hemos visto, el segundo hijo no sería deseado[43].

La caída de la población sigue empleando hoy el mismo mecanismo, puesto que, un tercio de los hijos continúan sin ser deseados.

¿Por qué ha podido imponerse tan rápidamente la píldora?

Se pueden citar aquí varias razones:

1. Una razón histórica: nuestra sociedad occidental ha vivido durante siglos controlando los nacimientos, habiéndose convertido este modo de proceder en una práctica colectiva. La píldora sólo fue un nuevo medio. Esto explica también por qué la píldora no ha tenido éxito inmediato en el Tercer Mundo.

2. Una razón social: la píldora fue, sobre todo, inventada para frenar la «explosión demográfica» del Tercer Mundo. Esta «explosión» fue comentada miles de veces en la televisión, al mismo tiempo que la píldora se estaba desarrollando. Esto suscitó en gran parte de la población la ficción de un sentimiento de culpabilidad. No era moral que tuviéramos «tantos» niños, mientras que en el Tercer Mundo, la mortalidad infantil era tan grande. Tener hijos se consideraba antisocial, incluso amoral. Puesto que se apreciaba muy bien en la televisión que esa gente (al menos lo que se filmaba) pasaba hambre. Y nosotros no sufríamos el hambre. De ahí el erróneo y artificial reflejo: si tengo hijos, contribuyo al hecho de que más niños mueran en el Tercer Mundo[44].

Pero tal modo de razonar resulta falso. La razón de que tantos niños mueran de hambre en el Tercer Mundo no está en el mayor o menor número de hijos que tengan los padres occidentales —¿es que acaso no siguen muriendo, a pesar del descenso de nacimientos en los países occidentales?— sino en una más justa distribución de la riqueza (cfr. a este respecto, por ejemplo, lo que se afirma en la *Centesimus annus*).

3. Una razón material: la acumulación de riquezas durante los treinta años de prosperidad (1945-1975) ha tenido algunos efectos perversos, particularmente en los planes urbanísticos que, con frecuencia, se hicieron de una forma salvaje. Un crecimiento entre el 4 y el 10 por ciento del PNB por año, alrededor de 1965, debió reventar el umbral de lo «digerible», lo que conllevaría una desestructuración en todos los ámbitos de la sociedad, que optó por el materialismo hedonista.

4. Una razón cultural: en los años 60, hubo un «colapso» de una determinada visión colectiva del mundo o, dicho de otra manera, la pérdida de un determinado sentido de la vida. Un estudio reciente[45] ha demostrado que, entre 1958 y 1964, el porcentaje de personas que creían (vaga o fervientemente) en una vida después de la muerte pasó del 65 al 29 por ciento. Si la vida no tiene sentido, tampoco lo tiene tener hijos.

Sin embargo, ese argumento es sólo retórico y supone una caída en las falacias explicativas. Pues, si no se cree en una vida después de la muerte, tampoco tiene sentido el consumismo feroz que

[42] BOURGEOIS-PICHAT, J., *Population*, 6, París, 1976, p. 1076; HENRIPIN, J., y otros, *Les enfants qu'on n'a plus au Québec*, Montreal, 1981, pp. 99-158.

[43] Para ilustrar la diferencia entre deseo y voluntad de tener hijos, cfr. ROUSSEL, L.; BOURGUIGNON, O., *Génerations nouvelles et mariage traditionel*, París, 1979.

[44] La influencia de los medios de comunicación, a este nivel, está tratada en BEYRARD, C., «La nouvelle conscience collective», en *Maiastra*, París, 1979, pp. 121-162; CHAUNU, P., *De l'histoire à la prospective*, París, 1975, pp. 110-130; DUMONT, G. F., «Les facteurs du refus de la vie», en *La France ridée*, pp. 219-264; EBERSTADT, N., «Hunger and Ideology», en *Commentary*, julio 1981, pp. 49-59; y para una muy buena síntesis de este proceso de culpabilización, cfr. BRUCKNER, P., *Le sanglot de l'homme blanc*, París, 1983.

[45] *Français à travers les sondages d'opinion*, París, 1984, p. 1350; sobre el movimiento «Rompamos la sociedad alienante sin participar en su reconstrucción», cfr. RUYER, R.: *Les nuisances idéologiques*, París, 1971.

caracteriza a la actual sociedad ni el hedonismo en que el hombre contemporáneo se ha instalado.

Más que de una razón cultural, se trata aquí de una profunda crisis de valores, en la que el hombre no hace pie y se siente desfondado y aturdido, además de perplejo.

He aquí algunos de los mecanismos principales que han permitido la rápida aceptación de la píldora en el mundo occidental. Hemos visto, según esto, que la píldora sólo debiera haber permitido la llegada de hijos positivamente deseados.

Sin embargo, a pesar de la píldora, sigue habiendo una gran proporción de niños que no han sido deseados. Una prueba de que los argumentos aducidos no eran todo lo sinceros que debieran ser es que se pasó a emplear medios para hacer desaparecer al intruso. Por eso, en todos los lugares donde se introdujo la píldora, en el siguiente decenio se legalizó el aborto.

Una cosa son los problemas demográficos planteados por el aborto y otra muy diferente los problemas éticos que tal práctica necesariamente comporta. Aunque en esta colaboración sólo me he ocupado de los problemas demográficos, sin entrar en las cuestiones morales de las que deben ocuparse otros expertos. No obstante, el aborto es el prototipo de una lograda manipulación de ciertos medios de comunicación social, de la que algo he de afirmar.

Todo el problema gira aquí alrededor del concepto de vida que retenga: o el niño concebido es un ser humano, o sólo es humano a partir de un determinado momento (1 mes, 14 semanas, 28 semanas). En el segundo caso, el aborto sería considerado como una simple intervención quirúrgica, algo parecido —como dicen algunos— a la extirpación de un tumor. Si, por el contrario, se admite que el niño concebido es efectivamente un ser humano, entonces el aborto es un asesinato legalizado. Ésta ha sido la opinión que la mayoría de la gente tenía antes de su legalización. Sin embargo, su legalización siempre se hizo a través de grupos de presión que ni siquiera retrocedían ante las grandes mentiras, si con ellas se servían para alcanzar su fin. Así, por ejemplo, en Francia se podía oír en boca de gente «autorizada», que había cada año entre 500.000 y 1.500.000 abortos clandestinos (sobre un total de 800.000 nacimientos). Un cálculo rápido demuestra lo absurdo de tales manifestaciones: sobre una población de 50 millones de habitantes, cerca de 25 millones son mujeres, de las cuáles el 20 por ciento tiene menos de 15 años y el 40 por ciento más de 40 años, lo que supone aproximadamente 10 millones de francesas en edad de procrear. Los datos antes señalados —de ser verdaderos— implicarían que sobre 10 millones de mujeres, un millón debería abortar cada año. Se engrosaron los datos para conseguir más fácilmente la legalización del aborto. Incluso en ese caso, puede que se realizaran de 50.000 a 100.000 abortos por año. Sin embargo, una vez legalizado, el número de abortos se incrementó fuertemente, estabilizándose en torno a los 250.000 por año[46]. Ya se ve que el supuesto fin abortista —reducir el número de abortos— era una cuestión vana.

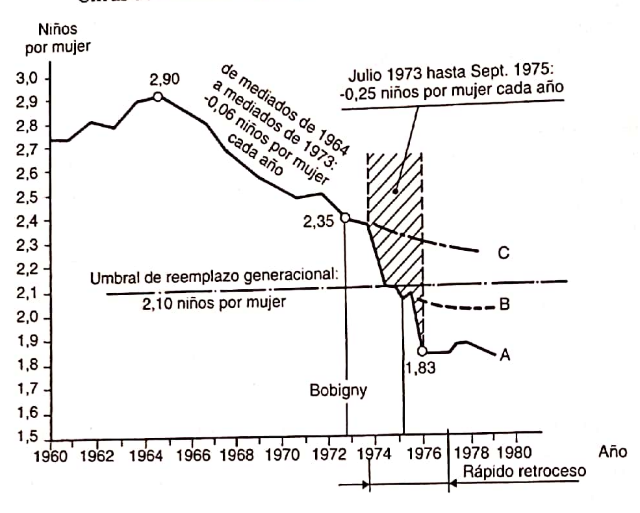
La cuestión es más grave aún. Los que están a favor del aborto libre son incapaces de decir «cuándo empieza la vida». Ahora bien, según nuestras leyes, un acusado nunca es culpable hasta que no se haya podido probar que lo es. Trasladando este *in dubio pro reo* al caso del embrión, se debería evitar con toda lógica la interrupción de los embarazos, puesto que el embrión arrancado o destruido pudiera ser ya un hombre. Este razonamiento incuestionable nunca ha iluminado a los propagadores del aborto libre. Lo que nos demuestra de hecho que en el fondo estamos ante un problema ideológico y no científico. Esto es lo que frecuentemente ocurre también con la problemática demográfica.

En cualquier caso, en las cifras demográficas, tal y como aparecen, la legalización del aborto aparece sin equívocos en el gráfico que sigue, aunque también en este preciso punto haya personas que nieguen a veces su evidencia. Así, por ejemplo, se produce una verdadera aceleración del descenso de la fecundidad, si tomamos el caso de Francia, a partir del juicio de Bobigny. A finales de 1972 tiene lugar un proceso por aborto provocado contra una joven de 16 años. La chica fue puesta en libertad y el Ministerio de Justicia emitió la orden de no perseguir más mujeres por aborto. El segundo fuerte descenso se aprecia tras la legalización efectiva del aborto (ley Simone Veil), a principios de 1975.

Pero como el aborto no basta (no se puede abortar varias veces sin perjuicios para la salud), se suma, entonces, un último medio al arsenal contraceptivo: la esterilización. Esta vez, el resul-

[46] APRD, *Dossier Avortement, les vrais chiffres*, París, 1979; CHAUNU, P., *De l'histoire à la prospective*, París, 1975.

GRÁFICO 14:
Cifras de nacimientos y legalización del aborto en Francia



A: Fecundidad real en 1978: 1,83 niños por mujer.
B: Fecundidad sin Ley de 17.1.1975, pero con sentencia Bobigny: 2 niños por mujer.
C: Fecundidad probable sin revisión legal ni sentencia Bobigny: 2,23 niños por mujer.

Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, pp. 265 y 266.

tado será radical, cerrándose el círculo de la no transmisión de la vida. 200 millones de personas están hoy esterilizadas y, por lo tanto, infértiles para siempre.

La píldora, el aborto y la esterilización son tres métodos contraceptivos que tienen como consecuencia la ausencia de autorregulación del sistema demográfico. De esta forma, es posible que el mundo industrial se arruine a causa de este sistema no regulado; también, por eso mismo, la población se ha convertido hoy en un problema de Estado.

¿Qué hacer?

El punto de que hay que partir es el hecho de que la actual demografía está desajustada. Por esta razón, el descenso de la fecundidad no es un accidente coyuntural sino un fenómeno estructural que no se regulará por sí mismo si no se reacciona. Otro indicador en esta misma dirección lo proporciona la comparación entre el número de hijos deseados y el de los efectivamente tenidos por las parejas. En 1960, los franceses por ejemplo, deseaban 2,8 hijos y tenían, más o menos, 2,8. En 1980, desearían 2,5 pero sólo tenían 1,5. Se trata, pues, de hacer coincidir mediante las oportunas medidas directivas la realidad con el deseo[47].

En una sociedad rota como la nuestra, el Estado puede suministrar los medios necesarios. ¿Sirven para algo las distintas medidas que se han tomado hasta ahora? Todos los países que, en este sentido, han tomado medidas, han visto aumentar su fecundidad de manera significativa[48]. Éste es el caso de los países del Este, los cuales, en un

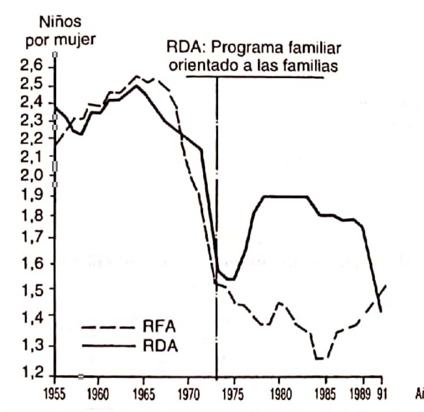
[47] DUMONT, CHAUNU, SAUVY y otros, «Que faire?», en *La France ridée*, París, 1979, pp. 267-310; CHAUNU, P., *Histoire et Imagination*, París, 1980, pp. 147-158; CHAUNU, P., *Le refus de la vie*, París, 1979; GIRARD, A.; ROUSSEL, L., «Fécondité et conjoncture», en *Colloque de Lille*, 24-26 de abril de 1979.

[48] BIRABEN, J. N.; DUPAQUIER, J., *Les berceaux vides de Marianne*, París, 1980.

momento u otro, han visto aumentar su fecundidad bajo el impulso de una oportuna política familiar[49].

El mejor ejemplo es el suministrado por la antigua República Democrática Alemana que es posible compararlo con el de su nación hermana, la Alemania Federal. En efecto, independientemente de las diferencias de sus sistemas políticos y económicos, ambos países forman parte de la misma nación alemana con idénticos valores culturales. Tanto es así que el descenso de la natalidad, antes de 1973, afectó a las dos Alemanias exactamente del mismo modo.

GRÁFICO 15:
La fecundidad en la RFA y RDA (1955-1989)



Fuente: CHAUNU, Pierre: *Un futuro sin porvenir*, París 1979, p. 277, y DUMONT, G.-F.: *La montée des desequilibries démographiques*, París 1984, pp. 79 y 80.

Pero, al principio de los años 70, los alemanes del Este se dieron cuenta de que no se podía pretender construir una sociedad sin niños. Por eso adoptaron una serie de decisiones, de orden social y económico, que favorecieran la natalidad. El resultado fue espectacular, puesto que las curvas de las dos Alemanias manifestaron, a partir de 1974, una fuerte divergencia, ya que la RDA registró en muy poco tiempo un aumento de la fecundidad del orden del 25 por ciento, mientras que la de Alemania Occidental siguió descendiendo. Desde 1974 a 1988 estas diferencias han permanecido.

Se puede constatar lo mismo en el mundo capitalista, puesto que las tímidas medidas adoptadas desde 1978 por el gobierno francés en favor del tercer hijo, han tenido una incidencia positiva sobre los índices de fecundidad (+11 por ciento). Este impulso se rompió al equiparar las primas entre los niños de diferentes clases, con la llegada de los socialistas al poder en 1981. Un descenso acentuado se hizo sentir a partir del cuarto trimestre de 1981 (–9 por ciento). A partir de 1983, el gobierno Mitterrand comprendió su error y rectificó su política familiar. El resultado fue una pequeña recuperación (+4 por ciento), ciertamente menos importante que la anterior, pero al menos visible en el gráfico 16 de la página siguiente.

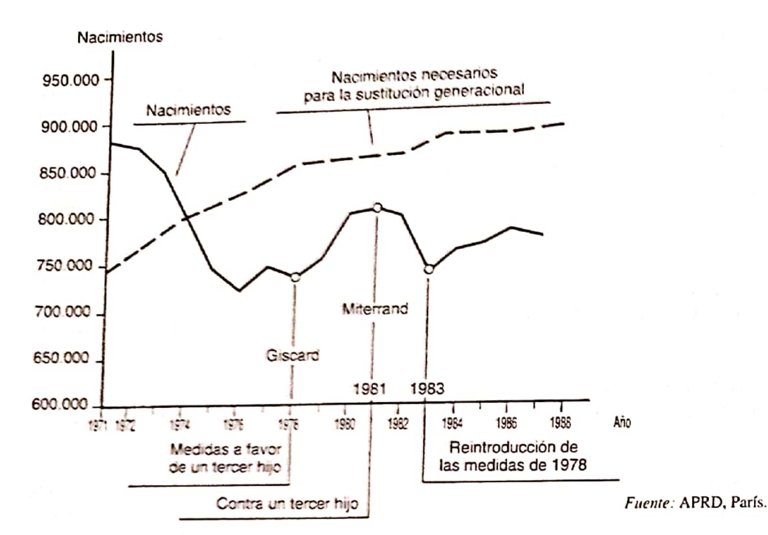
¿Qué medidas debemos adoptar? De nada sirve glosar las maldades de la sociedad de consumo y el egoísmo de la gente[50]. La realidad social es que la vida, hoy es dependiente del consumo. La gente sabe positivamente que tener 3 o más hijos cuesta una enormidad, en la medida en que la mujer (o si se prefiere, el hombre) está prácticamente obligada a abandonar su trabajo remunerado para consagrarse a la educación de sus hijos y a las tareas domésticas. En este sentido, el Instituto Estadístico francés ha podido calcular la diferencia de poder adquisitivo entre una familia con dos hijos y dos salarios y otra familia con tres hijos y un salario, siendo del 20 al 30 por ciento por consumidor[51]. Es ésta una gran diferencia. En la medida en que «los niños cuestan», muchas parejas renuncian a tener más de uno o dos. Una posibilidad de romper este círculo es la instauración de una compensación material suficiente, a fin de que la voluntad y el deseo de tener hijos no sea obstaculizado por consideraciones de orden meramente económico. Después de todo, el mismo sistema funciona para las jubilaciones. Haría falta, pues, arreglar el problema financiero y profesional de las mujeres que quieren tener hijos: es sencillamente escandaloso que las mujeres que, habiendo educado a sus hijos a su costa, no

[49] Para la fecundación en los ex países del Este, cfr. DUMONT G. F., «Démographie et politique de population en Europe de l'Est», en *Démographie Politique*, París, 1982; SAGE, C., «Les pays socialistes entre Marx y Malthus», en *La montée des désequilibres démographiques*, París, 1984, pp. 75-87.

[50] Cfr. CLUB DE L'HORLOGE, *Le défi démographique*, París, 1979.

[51] Sobre los gastos ocasionados por los niños, cfr. NIZARD, L., «Natalité: aspects financiers», en *Population*, junio 1980; CALOT, T., «Niveau de vie et nombre d'enfants», en *Population*, enero 1980; INSEE, *Économie et statistique*, París, noviembre 1981.

GRÁFICO 16:
Francia, medidas estatales y fecundidad (1971-1988)



Fuente: APRD, París.

encuentren trabajo a partir de los 40 años, cuando aún tienen por delante 20 posibles años de actividad profesional, antes de su jubilación.

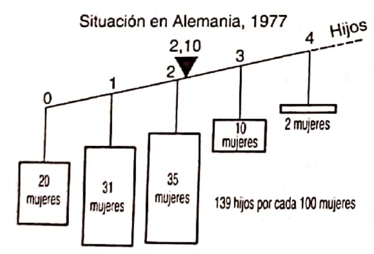
No se trata, pues, de que el Estado pida autoritariamente a cada mujer que tenga un número determinado de hijos. Se trata tan sólo de permitir a aquellas que desean tenerlos que realicen su deseo. Efectivamente, hacen falta algunas familias numerosas para garantizar el equilibrio demográfico.

Este balance, tal y como aparece en el gráfico 17, muestra perfectamente que, a fin de cuentas, son necesarias pocas familias numerosas para permitir que la sociedad equilibre las generaciones: el 64 por ciento de las mujeres podrían elegir tener menos de tres hijos, siempre y cuando el 36 por ciento restante tuviera tres hijos o más. En este sentido, sería lógico que el Estado ayudara a sostener a las familias con tres o más hijos a través de las transferencias sociales, permisos por paternidad y ventajas fiscales. Esta contraprestación significaría que las personas sin hijos tendrían que pagar más impuestos. Tal medida se justifica por el hecho de que esas personas sin hijos se van a aprovechar de las pensiones que en su día pagarán los niños financiados y educados por otros.

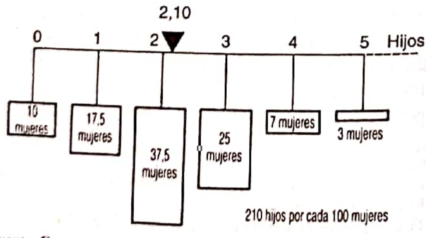
No hay otra elección posible: o se privatizan

GRÁFICO 17:
Balanza de nacimientos siguiendo el ejemplo alemán

Situación en Alemania, 1977



Modelo al que convendría tender



Fuente: CHAUNAU, Pierre, *Un futuro sin porvenir*, Stuttgart 1979, Seewald, p. 306.

las ventajas —pensiones diferentes, según el número de hijos que uno ha educado a su costa— o se socializan los costes iniciales[52].

Sería necesario, además, eliminar las ventajas fiscales de aquellos que escogen no casarse, puesto que las parejas no casadas tienen un promedio de diez veces menos hijos, y esto, sin considerar siquiera el escándalo significado por esta desigualdad, en una sociedad que dice ser igualitaria.

Estas medidas costarían mucho dinero. Pero sin estas disposiciones, el fenómeno demográfico le costará la vida a la sociedad. Queda por saber si en una sociedad democrática es posible movilizar la masa de dinero necesario para nuestra supervivencia biológica. Para ello sería necesario que los medios de comunicación informasen correctamente a las personas y también que éstas otorgasen un futuro al futuro, que tuvieran un bien fundamentado sentido de la vida... Pero esto escapa al ámbito de los estudios demográficos.

---

[52] Para un programa con cifras, cfr. DUMONT, G. F.: *Pour la liberté familiale*, París, 1986.

14. UNA REFLEXIÓN ÉTICA SOBRE LA MEDICINA PRENATAL

J. Lejeune

La animación de la materia

En su búsqueda de la verdad, el biólogo se tropieza con una doble evidencia que se presenta en los dos extremos del desarrollo del ser. Esta doble evidencia es muy simple: *el espíritu anima la materia*. Veamos primero la macro y la microestructura del cerebro, con el más complejo cableado que conocemos hoy en la Tierra (que mide doscientos mil kilómetros, si se calcula en neuro-túbulos) y ese extraordinario juego de sinapsis que hace que un flujo de partículas sea engullido por la membrana receptora cuando una pequeña vesícula se rompe y emite un mediador químico.

Curiosamente, nuestra máquina de eliminar lo fortuito —para no retener nada más que lo deducible, que es lo propio de la razón— es un contador de partículas de una increíble velocidad. En la misma sinapsis, las partículas pasan una por una por cada uno de los canales: *el pequeño demonio de Marwell* está en la raíz de la actividad de este sistema que descifra y ordena el universo.

Pero lo que es aún más extraño es que el mínimo pensamiento, el mínimo movimiento desencadena estos flujos de iones y este extraordinario cúmulo de partículas: el espíritu anima verdaderamente a la materia.

Al principio, cuando el ser comienza su andadura, *es la información* genética la que, exceptuando los accidentes, determina todas sus cualidades. Según la afortunada fórmula de los matemáticos, el ser llamado a la vida se encuentra como reducido a su más simple expresión. El lenguaje es, por supuesto, de una extrema miniaturización. Les recordaré una impresión: en la cabeza de un espermatozoide hay un metro lineal de ARN, y si se agrupasen todas las moléculas de ADN que definirán todas y cada una de las cualidades de todos y de cada uno de los cinco mil millones de hombres que nos reemplazarán sobre este planeta, esta cantidad de materia representaría más o menos dos *comprimidos de aspirina.*

Aquí es necesario resaltar que: *«la esencia» precede a la «existencia».* En efecto, el mensaje codificado del ADN será transcrito en el ARN que, a continuación, será rehecho. Secundariamente, las proteínas que son las máquinas-herramienta de la célula, serán construidas de acuerdo con el código del ARN mensajero. Esto quiere decir que dadas, de un lado, la máquina de traducir (el citoplasma) y, de otro, la fórmula del ADN (el núcleo y sus cromosomas), se podría conocer exactamente la «esencia» del nuevo ser, aun antes de que se haya expresado, es decir, antes de que su «existencia» sea reconocible.

Lo que sabemos, por encima de cualquier posible duda, es que toda la información necesaria y suficiente se encuentra presente desde la fecundación, es decir, desde el momento en que la información transportada por el espermatozoide y por el óvulo se reúnen en el huevo fecundado.

La noción de que el espíritu anima la materia está inscrita, de alguna manera, en nuestro propio idioma. Utilizamos el mismo término para definir una idea que nos viene a la mente como para definir un nuevo ser que comienza a existir: en ambos casos, se habla de *concepción.* Este término no indica pobreza de vocabulario, sino reconocimiento implícito —si se me permite— de que el principio alma y cuerpo, espíritu y materia, están hasta tal punto entrelazados que es imposible aludir a uno sin el otro; el lenguaje no lo hace nunca.

Esto nos lleva a considerar la primera responsabilidad del biólogo: explicar a nuestros contemporáneos que la biología molecular excluye totalmente el *dualismo cartesiano* formal, según el cual, por un lado, se encontraría el espíritu y, por otro, el cuerpo. Sólo hay un cuerpo animado, pero animado por una naturaleza de hombre.

Se plantea aquí una pregunta inmediata: ¿existe algún tipo de «modo de empleo», de «instrucciones de uso y conservación» de esta naturaleza humana?, ¿existe una *«moral natural» o, mejor, «sobrenatural»*? Si se me permite resumir muy respetuosamente mi opinión, aunque quizás algo bruscamente, diré que el Decálogo representaría el «modo de empleo» y los Mandamientos de la Iglesia las «instrucciones de uso y conservación» de la naturaleza humana.

Pero, antes que nada, haría falta asegurarse de que efectivamente existe una naturaleza humana. Ahora bien, esto ha sido fuertemente debatido; la naturaleza humana no está, en estos tiempos, demasiado de moda, y durante una época muy reciente, algunos creyeron demostrar que, en realidad, la condición humana no era sólo una especie de convención admitida por una determinada sociedad, que era diferente para otra, y que nada permitía saber qué convención era la buena.

Si existe moral natural, sería prudente acomodarse a ella, no para dirigir la ciencia (pues esta moral natural es ella misma un objeto de la ciencia), sino más bien para dirigir el modo en que empleamos la ciencia y para decidir hacia qué fines, según nuestros conocimientos, debemos aplicar las técnicas de manera que sea bueno su uso.

La ciencia es verdaderamente el árbol del bien y del mal; lo mismo da que dé buenos o malos frutos. Nuestra responsabilidad de científicos consiste en intentar recoger los frutos buenos y no ofrecer los malos a nuestros contemporáneos ni a nuestros descendientes.

De la naturaleza humana a la moral natural

Realmente es difícil definir qué es la naturaleza humana, y, sin embargo, debemos intentar comprender lo que es. Para el geneticista que soy, el primer camino sería el de decir simplemente: Pues bien, sabemos con certeza que este enorme mensaje genético, 10^{11} bases en el ADN, corresponde a una ingente cantidad de información: sabemos que el ser concebido es humano por poseer esta información. Dicho de otro modo, la más objetiva genética molecular —y la más moderna— podría resumirse en una torpe paráfrasis del principio del Evangelio según San Juan: *«Al principio hay un mensaje, ese mensaje está en la vida, y ese mensaje es la vida; y si ese mensaje es un mensaje humano, esa vida es vida humana».* Por supuesto que se podría poner uno a descifrar ese mensaje —y ya se está haciendo—, pero no es necesario entrar en detalles demasiado técnicos sobre el modo de leer esas extraordinarias Tablas de la Ley de la Vida que se encuentran inscritas en nuestro ADN.

Sería insuficiente, no obstante, a todas luces considerar únicamente el ADN. Cierto que el ADN es perfectamente comparable a la *banda magnética* sobre la que se encuentra inscrita la sinfonía de la vida. Pero no hay que olvidar que el resto de la célula fecundada es como un *magnetófono* que descifrará el código y ejecutará la sinfonía. Cuando hablamos de cantidad de información expresada en bits, no se trata sólo de la que está inscrita en la cinta, sino también de la que está comprendida en la maquinaria destinada a leer la cinta y a poner en marcha lo que quiere decir.

Y aquí ya no se trata de unos cuantos 10^{10} ó 10^{13} bits, sino de una cifra absolutamente enorme y que nadie, por el momento, puede evaluar con precisión.

Incluso si algún día se llegara a estimar esa enorme cifra (y no hay para esto ninguna imposibilidad teórica), todavía quedaría por resolver una dificultad mayor que, en modo alguno, ha resuelto la teoría de la información. Aunque se ha medido la longitud de su mensaje, es decir, la cantidad de información que contiene, no se ha podido medir su «significado». Repetir sin ningún error variaciones tales como «bla bla bla», «ran tan plan», o «ron, ron cataplón», puede necesitar una cantidad de información idéntica a la de un soneto de Petrarca. La «cantidad» de información del ADN del chimpancé es muy parecida a la del ADN del hombre y, sin embargo, está claro que el ADN del hombre quiere decir alguna cosa más…, puesto que, precisamente, el hombre habla.

La primera noción es, pues, una definición genética del ser. Pero, para la segunda noción, es necesario retomar al principio de esta exposición: la naturaleza de nuestro cerebro. Basta con levantar la bóveda craneana para descubrir en el hombre las *áreas frontales* y las zonas de *Broca* y de *Wernicke,* que no existen en los primates. Esas zonas son necesarias para el lenguaje articulado y para el pensamiento coherente.

Sin recurrir a la neuro-anatomía comparada, se puede hacer una constatación, tal vez brusca, pero igualmente conveniente. Como viajo mucho, cada

vez que puedo visito dos lugares extremadamente instructivos: *la Universidad* y *el parque zoológico*. En las universidades me he encontrado varias veces con eminentes compañeros que movían doctamente la cabeza preguntándose si, a fin de cuentas, cuando sus hijos son muy pequeños, no son como una especie de animales. Pero, en los parques zoológicos, jamás he visto congresos de chimpancés preguntándose, ¡si sus hijos serían algún día universitarios!

A propósito de los zoológicos, en Australia se encuentran unos bípedos estúpidos que consideran el aborto de sus pequeños como la cosa más natural. Me refiero a los canguros y, más concretamente, al canguro-rey, más o menos del tamaño de un hombre.

A los dos meses, con una longitud de 2 centímetros, el pequeño es abortado. Parece una pequeña salchicha con una garra en cada uno de sus miembros rudimentarios. No sabe dónde se encuentra la bolsa materna (ni siquiera sabe que existe), pero es sensible a la gravedad. Trepa verticalmente en la piel y, si la madre se mantiene erguida, necesariamente alcanza la bolsa y cae dentro. Entonces, instalado confortablemente, mama de un pequeño pezón y continúa creciendo durante 6 ó 7 meses.

Lo sorprendente del caso es que la madre canguro le deja hacer, a pesar de que no admite a ningún otro ser dentro de su bolsa.

A todas luces, la posibilidad de reconocer en esa pequeña salchicha a un canguro debe estar inscrita en alguna parte de su sistema nervioso.

Si la naturaleza se cuida de «telegrafiar» el pequeño cerebro de la madre canguro, para que reconozca la condición de canguro de su pequeño, no puedo creer que, en su cerebro de litro y medio, los universitarios no se encuentren dotados de la facultad de reconocer la condición humana de los hombrecitos.

Por eso, deduzco, a título personal, que la naturaleza humana es evidentemente cada uno. En este planeta el hombre es el único ser que se pregunta *de dónde viene, quién es y qué ha hecho de su hermano*. También es el único que ha descubierto, y esto desde siempre, que existe una relación entre la pasión del amor y la reproducción del semejante. *El chimpancé más listo*, el que esté más perfectamente amaestrado, jamás podrá comprender que existe una relación entre la copulación y la llegada, nueve meses más tarde, de un pequeño mono que se le parece. El hombre lo ha sabido siempre. Tal vez por eso los paganos representaban, con gran acierto, al dios del amor con los rasgos de un niño. Es esta particularidad, este conocimiento casi genéticamente inscrito en el corazón del hombre, el que confiere a su comportamiento y, especialmente, a su *comportamiento amoroso, una dignidad* que no se da en el resto de los seres vivos.

Si aceptamos que pueda existir una moral natural, inmediatamente se deduce que disociar *el amor del niño y el niño del amor* constituye un error de método. De aquí, la prescripción totalmente natural de la continua abstinencia en el celibato casto y la continencia periódica en el *matrimonio feliz*. Si la monogamia se corresponde bien con la naturaleza humana y si la moral tiende a conservar esa prerrogativa del marido de ser el único capacitado para depositar células reproductoras en ese templo interior, que es el cuerpo de su mujer, entonces las nociones morales fundamentales se deducen muy fácilmente: la anticoncepción, que es hacer el amor sin hacer el niño, la fecundación extracorporal, que es hacer el niño sin hacer el amor, el aborto, que es deshacer el niño, y la pornografía, que es deshacer el amor, no se adecuan a la dignidad natural del hombre.

Por cierto, la crítica burlona de que *«la moral está francamente mal instalada en el fondo del pantalón»* no es sino desconocimiento de la neuroanatomía.

La proyección cerebral de los órganos genitales se halla en la extremidad superior de la hendidura de *Rolando, en el surco interhemisférico*, cerca del sistema límbico. Es decir, que lo genital es la *única* representación corporal que está en contacto con el centro de las emociones, donde radican las tendencias que nos mueven: aquellas que están al servicio de la supervivencia del ser (hambre, sed, agresividad) o de la supervivencia de la especie (reproducción, protección del pequeño, deseo, placer, amor).

Resulta que, neurológicamente hablando, estamos hechos de tal manera que aquello que afecta a lo genital agita directamente lo moral. De ahí la imposibilidad de dominar el comportamiento emotivo si la influencia de la voluntad no se extiende también, y quizás primeramente, al comportamiento genital consciente y deliberado.

Cuando la técnica nos permite actuar sobre el ser humano más joven, sobre el embrión que puede incluso formarse en un frasco casi alquímico, e incluso volver del frío más absoluto, esta misma

moral nos enseña, que por muy pequeño que sea, por muy frágil que pueda ser, el embrión humano es un miembro de nuestra especie, y por esto debe ser protegido de *toda explotación*. El embrión humano no es un *stock* de piezas sueltas del que nos surtimos según las necesidades, no es *un producto perecedero que se congela* o descongela a voluntad, no es un bien de consumo que se pueda vender o intercambiar. Es exactamente nuestro prójimo, nuestro semejante, nuestro hermano.

¿Escollo o parapeto?

Ahora es necesario preguntarse si esta moral, que es la misma siempre, supone una molestia para la investigación. Dicho de otra forma: si es un lamentable tabú o, por el contrario, una guía precisa. No pretendo proporcionar una respuesta *a priori*, pero les propongo examinar los tres ejemplos siguientes: el respeto a la pareja, el respeto al embrión y el respeto a la humanidad.

a) El respeto a la pareja

El acto conyugal es la única manera natural de depositar las células reproductoras masculinas en el interior del cuerpo femenino, por la unión de dos personas. Esta unión física, que es la única capaz de dar validez y consagrar definitivamente el compromiso de las personas, es un acto deseado y querido por los esposos. La fecundación del óvulo por un espermatozoide ocurrirá eventualmente algunas horas más tarde, pero la unión de las células reproductoras es una consecuencia de la fisiología corporal y no depende del control consciente y deliberado de los cónyuges.

Existe por tanto una diferencia de naturaleza entre la aportación de los gametos masculinos, por la *unión de las personas* (el acto de amor propiamente dicho) y la *unión de los gametos* (el acto de la fecundación a nivel celular). Se deduce, pues, que si el técnico sustituye al marido para aportar los gametos con una jeringuilla como intermediario, realiza el acto naturalmente reservado a la unión de los esposos. En este sentido hay una *substitutio personnarum*.

En cambio, si el especialista suprime el obstáculo que impide la unión de las células reproductoras, evita la dificultad hormonal o cualquier otra que dificulte la fecundación, en ese caso se trata entonces de un *adjutorium naturae*.

Esta distinción puramente operativa entre ambas posibilidades de acción (por otra parte, en todo conforme a la doctrina expuesta en la instrucción *Donum Vitae*), no tiene aquí una finalidad académica. Espero que me sea permitido citar sobre este tema la reflexión, un poco chocante pero muy clarificadora, de una mujer a la que se le acaba de transferir su embrión, después de una fecundación extracorporal. El anestesista, el ginecólogo y el geólogo han terminado de operar en un ambiente respetuoso, amenizado por una música dulce. Algunos instantes más tarde, la futura madre se dirige a su marido, que estaba muy preocupado, y cuando éste le pregunta acerca de cómo había ido la cosa, ella le contesta a bocajarro: *«he hecho el amor con los tres»*. Esta frase, que desafía la honradez, es una descripción surrealista que sólo una mujer puede descubrir, de la *substitutio personnarum*, de la que hablamos anteriormente.

Queda por señalar que las consecuencias de la fecundación extracorporal son temibles para el embrión. El especialista que le cría durante dos o tres días o que le conserva frío durante años, es de hecho el único que tiene poder parental efectivo sobre el niño. De ahí los *riesgos de explotación*, evocados líneas atrás, y todos los usos perversos ya imaginados o todavía inimaginables. Por contra, el niño concebido *in corpore* materno, se encuentra protegido de todos los peligros por el mismo lugar de su concepción. El seno materno no sólo es un abrigo incomparablemente mejor equipado, química y fisiológicamente, que el mejor laboratorio, sino que, además, ese *templo secreto* es quizás el único lugar verdaderamente digno de la llegada al mundo de un nuevo ser humano, que de entrada está llamado a la eternidad.

Si se me permite arriesgar una opinión, diría que el largo rodeo, fuera del cuerpo materno, que supone la fecundación extracorporal no es una solución favorable y que los progresos en la ayuda a la naturaleza harán que esto sea considerado, en un futuro bastante próximo, como una complicación indeseable y absolutamente innecesaria. Con toda probabilidad aparecerán dos escuelas: una que curará la esterilidad (por medio de las plastias, injertos, el genio biológico, que sé yo...) y otra que se obstinará en la fecundación fuera del cuerpo de la mujer, pero cuya confesada finalidad no será ya la lucha contra la infertilidad, sino el arbitrario dominio del destino de los hombres.

b) El respeto al embrión

Al hablar del respeto hacia el pequeño embrión me refiero, claro está, al embrión humano. ¿Es esto acaso un tabú que turba la investigación? No lo creo: la historia de estos últimos años es, a este respecto, tremendamente clarificadora. *Hace tres años,* nuestros colegas de Inglaterra preveían regular por ley el uso experimental de los embriones humanos que tuviesen menos de catorce días. Tuve el honor de testificar delante del Parlamento británico, para dar la opinión de un geneticista. Allí se propuso lo siguiente: «Si nos dan derecho a utilizar embriones de catorce días, estudiaremos diferentes enfermedades y obtendremos conocimientos que nos permitirán llegar a la curación de la *debilidad mental,* de la *fibrosis quística del páncreas (mucoviscidosis),* de la *distrofia muscular,* de la *trisomía 21,* de la *hemofilia*».

Testificando ante el Parlamento británico, me vi obligado a resaltar de forma totalmente *matter of fact*, que sobre un embrión de menos de catorce días no se puede estudiar un problema del cerebro que aún no se ha formado; ni la hemofilia, una alteración en la coagulación de la sangre, porque los órganos que forman las células sanguíneas aún no están diferenciados; ni las anomalías de los músculos, porque no aparecerán hasta una semana después. En realidad, este proyecto de ninguna manera estaba diseñado para elaborar un protocolo lógico que permitiese sostener lo que sigue: que se trataba de experimentos técnicamente motivados y totalmente indispensables para el estudio de estas cinco enfermedades. Puedo decirles que tan simple intervención fue muy mal acogida. El semanario científico *Nature* recogió esta intervención con el siguiente título: «French influence in Britain». Algo totalmente chocante. La revista *Nature* llegó a ofrecer una suscripción gratuita a cualquiera que proporcionase un protocolo de experimentación que demostrara la falsedad de lo que yo había dicho. De esto hace ya tres años. Hasta ahora la revista *Nature* no ha publicado ningún protocolo y, que yo sepa, nadie recibe gratuitamente esa excelente publicación científica.

Realmente, no era necesario en absoluto manipular seres humanos, puesto que a lo largo de estos tres años se ha localizado el gen de la mucoviscidosis, se ha clonado el gen de la distrofia muscular y es ya conocida la proteína que la causa. Se han hecho además grandes progresos en la comprensión de la trisomía 21, y para la hemofilia ha comenzado a fabricarse, en bacterias artificialmente manipuladas mediante ingeniería genética, el factor antihemofílico, lo que elimina una posible vía de *transmisión del SIDA.* Y todo esto sin que la vida de un solo ser humano haya sido puesta en juego.

c) El respeto a la humanidad

Normalmente, el hijo fruto del amor, deseado y concebido en la alegría, es acogido con fervor en el cobijo más caluroso, el propio cuerpo de su madre. La procreación criogenética sólo le propone, por el contrario, el frío más helador: se le congela a temperaturas todavía más bajas que las de los productos supercongelados.

El frío disminuye la agitación de las moléculas y ralentiza el flujo de lo que realmente acontece; medimos el calor con un termómetro y la duración con un reloj; pero utilizamos el mismo término para designar a ambos. Hablamos de tiempo y de temperatura. A temperaturas muy bajas, el tiempo, por decirlo así, está helado.

Por esto, si se recalienta prudentemente el embrión, podrá recobrar el curso de su existencia. Si se hubiese paralizado la vida, destruyendo el precioso edificio que permite a las células ajustar el azar (la agitación de las moléculas) a su propia necesidad (la construcción del embrión), no podría reemprenderse la vida. Pero si sólo se paraliza el tiempo, la vida sí puede volver a manifestarse en cuanto que vuelva el calor humano.

Apilados por miles en una botella de nitrógeno líquido, reducidos a número matrícula en un registro de entrada, privados de toda libertad en ese mundo helado donde se paraliza hasta el tiempo, estos seres humanos de una juventud extrema están encerrados en una «caja de concentration», una «concentration can»; que no debe confundirse con una «concentration camp». En efecto: ¡El campo de concentración es un medio de acelerar terriblemente la muerte, mientras que la «concentration can» es un medio de ralentizar extremadamente la vida! El único parecido entre ellos es que en ambos casos se impone a inocentes el estado de concentración.

En cuanto a aquellos que se preguntan qué debería hacerse con los embriones congelados —¿hay que matarlos?, ¿hacer experimentos con ellos?—, que sepan que esas preguntas fueron hechas, hace más de cincuenta años, en otras circunstancias y que conocemos la respuesta: es la concentración que debe ser para siembre *verboten.*

En este punto permítaseme citar simplemente una frase de quince compañeros del Max Planck Institute (Balling y Zimmer, 1988) y que escribieron (cito en inglés, puesto que publicaron en *Nature*) lo que sigue: *«The abuse of these techniques through experiments with humain embryos (and pre-embryos if one considers a pre-implantation embryo not to be an embryo), must be condemned by scientific community»*. (El abuso de estas técnicas de experimentación con embriones humanos, —y preembriones si no se considera al embrión antes de la implantación como un embrión— debe ser condenada por la comunidad científica.) Esta declaración la considero muy reconfortante, por observar cómo los sabios de un país que conoció como ley la doctrina desnaturalizada de los nazis restauran la dignidad de la Biología, honesto auxiliar de la Medicina, que está al servicio del paciente y no le rebaja jamás al rango de animal experimental.

Si este respeto a la naturaleza humana no es un impedimento para la investigación, ¿será acaso un parapeto? Me inclino a pensarlo. Tomaré un ejemplo muy reciente: *la píldora abortiva, RU-486.* Se trata de una *anti-progesterona,* una falsa llave que bloquea el emplazamiento sobre el que actúa normalmente la progesterona, hormona indispensable para la consecución del embarazo. En lenguaje técnico, este producto se llama «Mifepriston», un término que, según el uso coloquial, es conocido como el primer pesticida antihumano. Se puede considerar, creo que sin error de cálculo, que si este producto se fabrica efectivamente de modo industrial, matará cada año más seres humanos que los que jamás mataron Hitler, Stalin y Mao Tse-Tung juntos.

Eliminar seres humanos extremadamente jóvenes con una munición binaria (antiprogesterona para envenenar y prostagladina para expulsar) es, exactamente, el principio de una guerra química contra la humanidad.

La vía, la verdad y la vida

Queda una última cuestión, la más grave de todas. Nuestro poder aumenta cada día. Vamos a confeccionar seres nuevos (bacterias, vegetales, animales) que no han sido fabricados por la selección natural ni formados por la evolución. Por ello, con total seguridad, modificaremos el destino del hombre, antes de que quizás le modifiquemos a él. No sé si sabremos modificar en el tiempo de los que hoy vivimos el cerebro humano, pero nadie puede demostrar que eso sea siempre imposible. Dicho de otra manera, cada vez seremos más peligrosos: la «bomba biológica» probablemente es más terrible para la humanidad que la bomba termonuclear.

Entonces, algo nos hará falta para que nos guíe. Hace falta establecer o reencontrar un término de referencia, puesto que, si no, ¿quién nos dirá esto es bueno y esto es malo? ¿Quién nos lo enseñará?

En mi trabajo de médico y geneticista, estas preguntas se plantean cada día.

Por supuesto que algunos propondrán modificar las leyes cada vez que parezca que una innovación lo requiere o, tal vez, cuando una pérdida de las buenas costumbres parezca sugerirlo. Este método no tiene ningún futuro, porque no puede superar la dificultad decisiva: «la tecnología es acumulativa, la sabiduría no lo es».

¿Qué nos queda entonces?

Nos queda la propia Sabiduría: «Lo que habéis hecho al más pequeño de los míos, me lo habéis hecho a mí». Si los especialistas no olvidan estas palabras, la ciencia seguirá siendo la sirvienta honesta de la familia humana; pero si olvidan que por encima de todo hay una moral sobrenatural, entonces debemos temerlo todo de una biología desnaturalizada.

Tercera parte

LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA COTIDIANA

15. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

J. de las Heras

Introducción

El establecimiento de una relación terapéutica implica desde un primer momento que el médico se responsabiliza de la salud del paciente que acude a él y, por tanto, mientras la relación persista, está obligado a atenderle lo mejor que le sea posible desde un punto de vista científico y ético.

Por su misma esencia, como dice Laín Entralgo (1982), el acto médico es un acto ético. La relación médico-paciente tiene ciertas connotaciones éticas, siendo éstas muy importantes para delimitar los diversos papeles que, mientras dure la enfermedad, van a ser asumidos por ambas partes, evitando que se produzca una transformación del carácter de la relación previamente establecida.

La alianza terapéutica que se establece entre médico y paciente se basa en la relación de confianza iniciada a partir de la primera entrevista. Por ella, ambos deciden colaborar juntos para intentar lograr un objetivo común: combatir el trastorno por el cual se consultó al médico.

Por tanto, una buena relación médico-paciente va a influir de un modo notable en la respuesta del paciente al tratamiento prescrito, ya que de ella depende, en buena medida, la confianza que en él va a poner el enfermo, y por tanto, que haga caso o no de las medidas que se le recomiendan.

La medicina hipocrática tal vez sea la que más se interesó en la Antigüedad por los principios éticos de la práctica médica, extendiéndose sus principios fundamentales hasta la actualidad, aunque el paso de tiempo haya ocasionado ligeras modificaciones. Durante mucho tiempo, jurar las normas hipocráticas fue un requisito imprescindible para que el médico pudiese comenzar su ejercicio profesional, costumbre que aún permanece vigente en algunos países.

Reproducimos a continuación un significativo texto de principios del siglo XIX (Alibert, 1803) que alude a estos principios de la escuela hipocrática, y que se enseñaba a los estudiantes de la Facultad de Medicina de Salamanca:

«Esté penetrado de respeto hacia el carácter sagrado de la desdicha, y muéstrese compasivo y generoso. Para socorrer a un desdichado, por lo regular, más se necesita un buen corazón que un buen ingenio. Aplique un bálsamo consolador a las llagas del alma, que tan lentamente cicatrizan. Procure, a lo menos, enjugar las lágrimas, cuando no pueda estancarlas.

Si la esperanza le abandona, quédele el valor: no deje de disputar la vida a los últimos golpes de la muerte: aleje todo cuanto pueda anticipar las largas horas de una cruel agonía: y que sus enfermos alentados con sus palabras dejen con menos dolor y ansias el grave peso de la existencia. Estos tiernos y generosos auxilios se deben reclamar del médico, señaladamente desde que un errado sistema de exageración, tira a desheredarnos de aquellas ideas preciosas y halagüeñas, patrimonio sagrado de nuestros padres, que sirven infinitamente al hombre débil, en suplemento de la filosofía que le falta, y hacen que dure más el sueño de la felicidad.

La prudencia es una de las prendas más necesarias del médico filósofo, y es la que debe guiar la marcha, a veces arrebatada, de su ingenio, haciéndola así más útil. Observará largo tiempo un hecho, antes de meterse a explicarle: fallará con cuerda y religiosa detención.

La dignidad de su sacerdocio debe realzarle a sus propios ojos: pero tratará a sus semejantes con aquella familiaridad noble y atractiva, que a un mismo tiempo infunde respeto y se granjea la confianza.

Guardará fielmente el secreto al que abiertamente le haya confiado los efectos vergonzosos

de su flaquezas y pasiones: curará hasta los males que le ocultan, haciendo como que los ignora.

Ni el sórdido interés, ni el oprobio de la venalidad profanen la excelencia de su profesión: aspire a las bendiciones, y no al oro: lleve la esperanza y el consuelo, lo mismo a la cabaña del pobre que al palacio del rico: haga bien aun a la misma ingratitud y a la injusticia.

Mantenga constantemente exento del fanatismo y preocupaciones su acrisolado espíritu: sacrifique hasta su reputación, si lo exige la salud de la humanidad: confiese sus yerros con candor: muéstrese modesto en sus aciertos: respete, en fin, a los Dioses, cuya bondad y omnipotencia demuestra a cada instante su arte.»

Este conjunto de normas mantiene en la actualidad toda su vigencia como modelo a seguir por los médicos de nuestro siglo, tal vez demasiado tecnificados como consecuencia de la revolución tecnológica, característica de la segunda mitad del siglo XX, que, de acuerdo con De la Cuesta y cols. (1988), ha inundado la sociedad actual, llegando al ámbito de la cultura reflexiva y empapando con su sustancia nuestra forma de ver el mundo y de valorar los acontecimientos.

El papel del médico, y del hombre en general, como dicen Huerta y cols. (1988), no se reduce al de un mero ejecutor, sino que es portador de valores trascendentes. El progreso no debe restar dignidad al hombre (Polaino-Lorente, 1988).

Es imprescindible un alto conocimiento científico del campo clínico y terapéutico en el que se desarrolla la actividad profesional, pero sin que esto suponga caer en actitudes tecnicistas que reduzcan al hombre a la calidad de una mera máquina que es necesario reparar.

Igual de inadmisible resultaría el intento de compensar o justificar, por un exceso de dedicación en el aspecto humanitario de la práctica médica, la falta de preparación en el terreno científico de la misma.

Más grave aún es el caso de considerar al hombre enfermo como a un animal de experimentación. En ningún caso parece ético considerar más a un enfermo por lo que puede aportar al progreso científico que como persona. Este temor se halla presente en algunos pacientes, tal como ha descrito Polaino-Lorente (1987), que se acercan al médico con recelo y desconfianza, no sólo debido a las limitaciones de la Medicina, sino también a las dudas sobre los principios morales del médico.

El logro de una buena relación médico-enfermo debe constituir un medio beneficioso y necesario para aplicar los conocimientos actuales sobre la mejor forma de poder combatir cada enfermedad, sin detrimento de la libertad y dignidad del enfermo.

A veces no resulta fácil establecer una relación idónea. El secreto tal vez esté, como decía Peabody (1930) en «tenerle cariño al paciente», pero sin que se pierdan por eso las características propias de una relación profesional.

Como se recomendaba en el texto anteriormente citado, el médico debe tratar a sus enfermos con «una familiaridad noble y atractiva, que a un mismo tiempo infunde respeto y se granjea la confianza». Ambos factores, respeto y confianza, tal vez sean los elementos más imprescindibles para lograr establecer y mantener una adecuada relación médico-enfermo.

La entrevista médica

La entrevista médico-paciente es un instrumento imprescindible de la práctica médica. Es esencial para realizar la historia clínica, las exploraciones que se crean convenientes, etc., y para entablar una relación adecuada que va a superar los factores meramente técnicos, ya que los factores más humanos de la relación tienen una gran importancia para que el paciente se sienta comprendido y deposite su confianza en el médico, lo cual ya en sí mismo puede ocasionar un alivio de la sintomatología y un mejor pronóstico a más largo plazo.

En ningún caso hay que olvidar, tal como insistió Alexis Carrel (1941), que hay que considerar al hombre de forma individual y en todas sus dimensiones, sin caer en el error de verlo como una mera máquina que es necesario reparar.

Especial relevancia suele tener la entrevista inicial. Durante la misma, el paciente elabora una primera impresión y opinión sobre el médico que se puede ver influida por la información previa recibida a través de otros pacientes que le han recomendado a ese médico o a esa institución sanitaria.

Frecuentemente, el enfermo analiza al médico, sobre todo durante la primera entrevista, en un afán de obtener elementos de juicio sobre su capacidad profesional, su personalidad y el modo en que establece su relación terapéutica

con el paciente. Hasta tal punto esto es importante que algunos, como Ripley (1984), creen que a veces, el paciente espera más una buena relación, que incluso su curación.

Es necesario dedicarle tiempo suficiente al paciente, especialmente durante la primera entrevista, para que éste llegue a la conclusión de que se le ha atendido suficientemente bien como para que su caso haya sido comprendido por el médico y éste le pueda procurar lo que realmente necesita.

En caso contrario, podemos perdernos una información que puede resultar de gran importancia e, incluso, podemos defraudar al enfermo favoreciendo indirectamente que la enfermedad tome un curso más desfavorable.

Por ejemplo, algunos pacientes sólo anuncian a sus médicos su deseo de quitarse la vida al final de la entrevista, cuando el clima favorece un ambiente de confianza que les permite hablar más libremente de su situación y de sus ideas más íntimas. Una entrevista rápida o inadecuada puede dificultar que el paciente relate su intencionalidad suicida. Además, le puede resultar frustrante, haciéndole considerar que no existe posibilidad de ayuda, con lo que ésta puede actuar como factor desencadenante indirecto del suicidio (De las Heras, 1988).

Algunos pacientes pueden perderse en detalles sin relevancia, a pesar de lo cual es conveniente escucharles con atención, ya que de otro modo pueden no sentirse satisfechos y considerar que el médico no ha reunido toda la información necesaria para establecer un diagnóstico certero.

En estos casos, se corre el riesgo de que no realicen el tratamiento adecuadamente (disminuyendo las dosis, etc.) o que hagan caso omiso del tratamiento prescrito, ya que pueden pensar que el médico se comporta de un modo imprudente o que tiene una excesiva confianza en su «ojo clínico».

El paciente debe sentirse cómodo, relajado, en un ambiente de naturalidad y confianza. La entrevista no debe ser tan sistemática que las preguntas se sucedan recordando el tono de un interrogatorio. Es preferible adaptarse todo lo posible a la secuencia con que el paciente nos refiere sus problemas, con lo cual la conversación es más fluida, natural y espontánea.

También se deben evitar expresiones de reproche o actitudes de superioridad (al margen del terreno puramente científico), que puedan dar al paciente la impresión de hallarse delante de un juez, y no con un profesional cuya función es comprenderle y ayudarle.

En este sentido, conviene evitar incluso disposiciones materiales que sitúen al paciente en una impresión de inferioridad, como por ejemplo, como dice Scheiber (1989), el que la altura de las sillas no sea similar, de modo que no se le observe al paciente de arriba hacia abajo.

El ambiente debe ser suficientemente silencioso y evitar interrupciones durante la entrevista, o la presencia inesperada de personas, incluso de personal sanitario auxiliar, ya que pueden coartar la exposición de problemas íntimos o lesionar el sentido del pudor durante exploraciones somáticas.

Algunas veces las interrupciones son inevitables, especialmente cuando se trata de atender llamadas telefónicas urgentes. En estos casos conviene explicar esta circunstancia al paciente, para que comprenda que la interrupción está justificada. La mayoría, según Bernstein y Bernstein (1980) entienden las interrupciones por una situación de emergencia y se ponen en el caso de que también a ellos les gustaría que les atendiesen en una situación similar.

El médico debe limitarse a escuchar al paciente, y ampliar detalles sobre aspectos que verdaderamente puedan resultar relevantes con miras al tratamiento posterior.

Algunas preguntas sobre temas delicados o muy personales deben ser evitadas siempre que no se considere que esto podría perjudicar el establecimiento del diagnóstico o los resultados del tratamiento. Si no se trata de una información que se requiere con cierta urgencia, la obtención de la misma puede ser aplazada hasta visitas posteriores, buscando un momento más adecuado, cuando haya aumentado la confianza entre médico y paciente.

Algo similar puede decirse respecto de exploraciones somáticas complejas, molestas, dolorosas o que pueden interferir con el sentido del pudor de algunos pacientes. Conviene reducirlas al mínimo posible, dentro de las necesidades que implica la práctica médica, de tal modo que se logre la mayor eficacia clínica, a la vez que se evitan molestias innecesarias.

En algunos casos es preferible aplazar estas exploraciones, buscando el momento psicológico más idóneo, y siempre, intentar efectuarlas en un ambiente relajado y suficientemente adecuado de modo que no se hiera ni violente la sensibilidad corporal o psicológica del paciente. Hay que

tener en cuenta que la ansiedad que a veces suscitan disminuye el umbral doloroso durante las mismas (Rojas, 1989) e incrementa su intensidad vivencial.

Actitud del médico hacia el paciente

La actitud más adecuada por parte del médico es precisamente la que corresponde a la situación que representa, es decir, la de un profesional dedicado a mejorar la salud de las personas que acuden a él, lo cual supone una cierta proximidad interpersonal, pero manteniendo a su vez respetuoso distanciamiento.

Como dice Alonso-Fernández (1978), los recursos de compadreo, el abdicar de la condición de médico para ponerse a la misma altura del enfermo, el identificarse absolutamente con sus puntos de vista y el hacerle confidencias son faltas médicas graves, que con toda seguridad repercutirán desfavorablemente en el proceso terapéutico, aunque quizá inicialmente estimulen la comunicación del enfermo.

El médico debe centrarse en los problemas del enfermo, evitando exponer al paciente problemas o situaciones vividas por él aprovechando posibles analogías, ya que entonces se invierte el papel de ambos, destruyéndose el carácter propio de la relación médico-enfermo.

También debe evitar el influjo que puede ejercer sobre el paciente en temas que sobrepasan el campo delimitado por su profesión. No cabe duda de que un paciente confiado y abierto puede ser muy receptivo frente a todo tipo de planteamientos en campos totalmente ajenos a los de la Medicina, especialmente en algunas prácticas, como la psicoterapia.

Por otro lado, es lógico que, incluso sin desearlo, el médico puede incorporar a su mensaje planteamientos personales que proceden de su perspectiva general desde el punto de vista humanístico.

No obstante, es necesario respetar la intimidad del paciente, evitando manipulaciones, más o menos subliminales, encaminadas a influir en sus planteamientos ideológicos. Otra cuestión está en facilitarle un amplio margen de perspectivas que vayan dirigidas a favorecer su reconsideración de facetas olvidadas, que puedan ayudarle a enriquecer su personalidad y a orientar su planteamiento existencial.

Es natural que algunos pacientes le resulten al médico más gratos que otros, por igual que sucede con las enfermedades. Aquí se suman diversos factores, además de la actitud de ambos puede influir su personalidad, la sintomatología propia de cada enfermedad, las posibilidades terapéuticas, el dominio y experiencia del médico en el tratamiento de ese tipo de enfermedad, la primera respuesta terapéutica, la confianza previa del paciente en función de la libre elección de médico o de informaciones aportadas por otras personas tratadas por ese facultativo, etcétera.

En cualquier caso, es necesario que el médico mantenga siempre una actitud comprensiva y de ayuda, al margen de sentimientos personales de rechazo. Si éstos surgen, debe evitar que influyan negativamente en su práctica profesional y preguntarse los motivos de los mismos de un modo objetivo para intentar disminuir estas dificultades.

Si el paciente manifiesta en un primer momento rechazo hacia el médico, y éste reacciona a su vez con una actitud de rechazo, el resultado será que aumentará más el rechazo en el paciente, deteriorándose más aún la relación entre ambos. Por el contrario, si el médico se muestra amable, cordial y comprensivo a pesar de esa actitud de rechazo, se puede mejorar la relación hasta lograr que ésta sea idónea.

Una buena relación médico-paciente no implica el hecho de participar directamente en el dolor o sufrimiento de los pacientes, sino todo lo contrario. Es necesario establecer una relación amable y cordial, incluso intentar ponerse en el caso de enfermo para así comprenderlo mejor, pero con la finalidad de ayudarle a resolver esa situación, no con la de compartir emocionalmente su dolor. Esto ya lo hacen sus familiares y amigos. El médico tiene una función diferente. Es más, en muchas ocasiones debe mostrarse optimista o, al menos, equilibrado emocionalmente.

El paciente comprende perfectamente que esta situación es la más indicada para que el médico pueda actuar con mayor eficacia. Por otro lado, hacerse cargo emocionalmente de los sufrimientos de los enfermos llegaría a constituir una carga insoportable y nada beneficiosa para su ejercicio profesional, con lo que todos serían perjudicados. Es importante olvidarse de estos problemas cuando concluye el ejercicio profesional, para reanudarlos con el mayor interés posible al reanudar el trabajo de nuevo.

Tal como ha descrito Ripley (1984), algunos médicos pueden cometer un error ético grave de forma más o menos inconsciente, como consecuencia de unos sentimientos de culpa e incapacidad mal elaborados nacidos de su imposibilidad de curar a un paciente en concreto. Estos sentimientos pueden conducirles a adoptar una actitud acusatoria hacia ese paciente determinado, dándole a entender que él es el culpable de su enfermedad, dirigiendo hacia éste la agresividad que proviene de su frustración.

Especial interés tienen los casos en los cuales el médico se ve en la obligación de comunicar a su paciente, o a sus familiares, que se trata de una enfermedad incurable y previsiblemente mortal.

En algunas especialidades, este hecho puede resultar relativamente cotidiano para el médico, facilitándole que se olvide del impacto psicológico que esta situación puede causar en el enfermo. En estas circunstancias conviene más que nunca recordar que nos encontramos ante un ser humano.

Además de la seguridad científica que es necesario tener antes de hacer este tipo de afirmaciones, por prudencia elemental, hay que tener en cuenta la forma y el momento que resultan idóneos para comunicar esta conclusión al paciente según sus características personales. En la mayoría de los casos conviene ir preparando paulatinamente al enfermo para evitar un impacto psicológico severo.

Algunos médicos pueden obrar de un modo precipitado movidos no por lo rutinario de su trabajo, sino por sentimientos de culpa e incapacidad de los que se liberan expresando abiertamente las limitaciones de la Medicina.

De este modo, sienten que su responsabilidad está salvaguardada al aclarar estas circunstancias, sin embargo su responsabilidad real está no en solucionar lo que no es solucionable desde el punto de vista técnico, sino precisamente en hacer todo lo posible por mejorar el estado del paciente, que en estos casos se reduce casi a los aspectos psicológicos y humanitarios, junto con la posibilidad de lograr un tratamiento paliativo de algunos síntomas.

Paradójicamente, se pueden abandonar los aspectos en los que se puede aún realizar una función positiva, por la incapacidad real de resolver el problema desde el punto de vista técnico.

También la indicación de intervenciones quirúrgicas de cierta envergadura requiere un mínimo de delicadeza, incluso el mero ingreso dentro de un hospital puede tener repercusiones psicológicas de cierta intensidad que requieren la atención, en este sentido, de los profesionales de este tipo de instituciones sanitarias.

Especialmente en caso de los niños, es necesario que el médico adopte con ellos y sus padres una actitud particular tendente a prepararles psicológicamente siguiendo los objetivos descritos por Gaona y cols. (1987): Proporcionar al niño una explicación verdadera y honesta de las razones de la operación, fomentando una relación personal niño-cirujano. Evitar los elementos de sorpresa y confusión en el hospital. Explicarle que el propósito de la anestesia es evitarle el dolor, asegurándole que ese sueño es solamente temporal. Asesorar a los padres sobre las necesidades acrecentadas de afecto que presenta el niño después de la operación y permitir la expresión libre postoperatoria de hostilidad e insatisfacción como profiláctica del daño psíquico.

Actitud del paciente hacia el médico

La actitud que presenta el paciente puede tener unas connotaciones de tipo particular hacia ese médico, o por el contrario, tratarse de una manifestación en relación con sus ideas generales sobre los médicos o la Medicina. En estos últimos casos suelen influir las experiencias previas mantenidas en el ámbito de la Medicina por sus personas más allegadas y por ellos mismos.

En algunos casos el paciente está nervioso cuando consulta al médico. Las expectativas que puede albergar respecto de su enfermedad, su gravedad y su pronóstico, suelen ser una de las causas. Es necesario explicarle un poco por encima y sin abuso de términos técnicos lo que le ocurre y la finalidad que persigue el tratamiento prescrito.

En otras ocasiones el paciente se angustia pensando que no va a ser capaz de expresarse adecuadamente, y que, por tanto, puede equivocar al médico. Otros apuntan los síntomas en un papel para no olvidarse de relatar ninguno y facilitar de este modo al médico su tarea. Algunos, por último, pueden perderse en detalles sin importancia, pero que ellos creen que pueden tener algún significado.

Siempre resulta conveniente que el médico les escuche pacientemente, favoreciendo así la adecuada canalización de la angustia del enfermo («catarsis»), que se siente atendido, escuchado y

comprendido. Además, resulta necesario evitar interrumpirle con preguntas sobre otro tema, ya que en este caso podría pensar que el médico no está interesado en sus preocupaciones.

Es preferible atender a sus quejas y escuchar sus detalles, para, en un segundo momento, cuando el paciente ya ha dicho todo lo que deseaba, preguntarle sobre los aspectos más interesantes desde el punto de vista clínico.

Actuando de este modo, el paciente se siente satisfecho y se le predispone a cumplir rigurosamente las medidas terapéuticas. Además, se mejoran su confianza y expectativas de curación, mejorando su estado de ánimo y la angustia que implica casi siempre el padecimiento de algún trastorno.

La confidencialidad es imprescindible en todo acto médico. El médico está éticamente obligado por secreto profesional a no divulgar la información obtenida de un paciente, salvo que éste se lo autorice expresamente.

En algunos casos en que la información requerida por el médico es especialmente delicada, o ante pacientes desconfiados, puede ser conveniente expresar que se conoce esta obligación de guardar reserva sobre lo que el paciente pueda contar, que se comprende su deseo de confidencialidad y que existe una total voluntad de salvaguardarla, para que el enfermo se tranquilice en este sentido, eliminando posibles obstáculos cara al diagnóstico y al tratamiento.

El problema puede surgir en algunas ocasiones en el acceso que puedan tener terceras personas al lugar en donde la información queda archivada. Por este motivo, además de extremar las condiciones de seguridad, sólo se debe registrar información confidencial de cierta relevancia en los casos en los que, desde el punto de vista médico, resulte imprescindible para el beneficio de la salud del enfermo.

A veces, el enfermo miente al médico o le oculta algo deliberadamente. Esto puede tener diversos orígenes. Muchos pacientes no tienen suficiente confianza como para descubrir al médico que no han realizado el tratamiento prescrito en una visita anterior. Piensan que el médico puede tomar una actitud hostil hacia ellos por este motivo y prefieren ocultárselo, a pesar de que comprenden que esta actitud, al ocultar la realidad, puede confundir al médico, y, como consecuencia, perjudicar el curso del tratamiento.

Para evitar este problema es conveniente que el médico pregunte con naturalidad si el paciente ha llevado a cabo lo acordado, admitiendo de entrada la posibilidad de que esto no haya sido así. Conviene reconsiderar, ante este tipo de situaciones, el estado de confianza del paciente y la posibilidad de que el médico haya actuado con un comportamiento autoritario y poco explicativo sobre las razones y conveniencia de esas medidas terapéuticas.

Otras veces, el enfermo oculta la verdad por la vergüenza que le supone admitirla, actuando la mentira, al fin y al cabo, como un mecanismo psicológico de defensa. Descubrirle abiertamente puede ser un error imperdonable. La mentira supone un mecanismo de defensa que transitoriamente le permite mantener a flote su conexión con los demás, si se lo arrebatamos, sin ofrecerle a cambio un nuevo salvavidas, el paciente puede hundirse definitivamente.

Ante la sospecha o certidumbre de un engaño, la actitud más adecuada pasa por ir elaborando cambios psicológicos en la relación que impliquen directamente al paciente, de modo que, de una forma progresiva y, en cierta manera, espontánea, éste relate los hechos reales una vez que su seguridad psíquica no se encuentre por ello seriamente amenazada. Para facilitarle esta labor, tan sólo resulta necesario incrementar los lazos de confianza y comprensión a la vez que se le ofrecen nuevas salidas a su situación existencial.

Si el paciente no es consciente de su falta de objetividad al juzgar hechos reales de su incumbencia íntima, de tal modo que falsea la realidad sin darse cuenta, conviene ofrecerle paulatinamente argumentos concretos que permitan incrementar su objetividad, a la vez que le ofrecemos otros reales, y capaces de mantener una eficacia similar como sustitutos a la hora de mantener su estabilidad emocional y autoconcepto.

Es frecuente que un paciente acuda a la consulta recomendado por un conocido que a su vez está en tratamiento y ha quedado satisfecho. Algunas de estas personas pueden resultar indiscretas y preguntar por detalles sobre ese amigo, como qué es lo que padece, cómo evoluciona o cuál de los dos está peor.

Como dice Gradillas (1980), en estos casos conviene hacerse, en cierto modo, el distraído o, por el contrario, explicarle con cierto tacto que del mismo modo que a él no le gustaría que se hablase de sus problemas, así tampoco debe hacerse de otro.

Interrelación

La relación debe establecerse y mantenerse dentro de una marcada cordialidad y, a la vez, del más delimitado respeto. La pérdida del respeto puede significar para el paciente una falta de confianza y para el médico una pérdida de autoridad en el terreno estrictamente profesional.

En ocasiones, es el paciente el que pierde su actitud de respeto hacia el médico. En estos casos, una actitud respetuosa del médico hacia el enfermo, sostenida en el tiempo, que deje clara la delimitación de las funciones de cada uno, y que en ningún caso le haga perder la serenidad y el carácter de sus atribuciones, termina adecuando la actitud del paciente, que comprende su equivocación, incluso en el caso de trastornos mentales graves.

En ningún caso son válidas actitudes de reproche por parte del médico. Es necesario que demuestre su capacidad para comprender a personas que actúan, generalmente, bajo el condicionamiento de una enfermedad en una esfera u otra, pero que les condiciona su comportamiento.

Su actitud debe revelar una postura comprensiva e inalterable en sus principios éticos en lo que se refiere a la relación con los pacientes, mediatizada por el distanciamiento que debe implicar el carácter de este tipo de relación profesional, y que, por tanto, no queda a merced de posibles condicionamientos circunstanciales.

Si la relación terapéutica se ha deteriorado hasta el punto de dificultar seriamente las posibilidades de poder realizar un tratamiento adecuado, el médico debe intentar poner en manos de otro profesional al paciente.

Esto debe ser sugerido con mucha delicadeza, de tal modo que el paciente no se vea rechazado, y sin que se le culpabilice a él del deterioro de la relación. En estos casos conviene sugerir la mayor capacitación profesional de otro médico en el tipo de trastorno que padece el paciente, o cualquier argumento que no dé a entender una actitud hostil, de rechazo o desprecio. Es imprescindible, antes de abandonar la responsabilidad que se ha contraído respecto de ese enfermo, asegurarse de que se encuentra en manos de otro compañero.

El tratamiento debe darse por finalizado cuando existan motivos suficientes para considerar que esa persona no necesita de un control médico necesario para su salud, evitando consultas innecesarias, aunque tal vez éstas fuesen beneficiosas económicamente para algún médico, visitas de las que tanto se han burlado los escritores del llamado Siglo de Oro Español.

El paciente puede acudir a otro médico mientras está en tratamiento con uno inicial, con el fin de contrastar ambas opiniones; también, especialmente en el transcurso de trastornos de evolución crónica o, simplemente, cuando a su juicio no se produce la mejoría esperada, se puede acudir a otro médico con la esperanza de que sea capaz de dar una solución mejor al problema.

En estos casos, si el paciente vuelve a consultarle al médico inicial, éste debe evitar actitudes de reproche, como si su sensibilidad hubiese quedado herida por una falta de confianza o de fidelidad. Es necesario comprender las dudas e inquietudes del enfermo que le llevan a considerar otras posibilidades y a no aceptar como una verdad absoluta el criterio de un médico en un momento dado.

Es necesario acoger de nuevo al paciente y ayudarle, con una actitud de comprensión en lo que respecta a las dudas que le impulsaron a consultar a otro profesional. Si, además, el paciente consulta algún detalle en relación con la información obtenida de la consulta con el otro médico, conviene hablar de ello respetuosamente, aclarando el punto de vista personal y las razones que lo sustentan, sin menospreciar opiniones ajenas, caso de que éstas no sean concordantes.

Es necesario explicar al paciente que pueden existir diversos puntos de abordaje del problema, pero que en ese caso se piensa que el mejor puede ser el que se le ha propuesto, al margen de que siempre pueda existir un cierto margen de error, y que se está dispuesto a continuar llevando a cabo ese plan, siempre que él esté dispuesto.

En algunas ocasiones, algunos pacientes pueden enamorarse de su médico. La relación médico-paciente queda entonces profundamente desvirtuada. En gran parte de los casos, el médico puede dar lugar a que esto se produzca al no saber mantener adecuadamente la distancia que implica su relación profesional. En todo caso, supone un fracaso que hay que resolver, siendo muchas veces necesario remitir al enfermo a otro profesional con toda la delicadeza que la situación requiere.

Relación con los familiares del paciente

La relación que se pueda establecer con los familiares puede ser muy importante. Éstos pueden ofrecer una información complementaria

que a veces resulta muy útil para el diagnóstico, especialmente en el caso de los niños. También pueden insistir al enfermo en que cumpla las medidas terapéuticas prescritas.

En algunos casos, especialmente cuando se trata de niños o de personas con trastornos mentales de cierta gravedad, es necesario establecer una relación terapéutica en la que la familia queda, en cierto modo, incluida.

En estos casos hay que evitar hacer a los familiares confidencias que el paciente ha relatado, salvo que se obtenga el permiso del mismo. En cualquier caso hay que evitar que el enfermo se sienta desplazado como fuente de atención, por sus familiares, dejándole que se exprese convenientemente sin que tenga la impresión de que la fuente de información importante se la suministran al médico sus familiares, incluso en los casos en que esto pueda ser cierto.

Salvo casos muy particulares, siempre es preferible, desde el punto de vista ético, que la entrevista con los familiares se lleve a cabo en presencia del paciente. De este modo se evita que el enfermo se intranquilice por la posibilidad de que éstos suministren una información errónea que perjudique su tratamiento.

Si el paciente está presente, siempre puede discrepar de lo que los familiares dicen, matizar ciertos detalles y no caer en la sospecha de que hay algo que sus familiares o el médico le quieren ocultar. Si el paciente se niega a que el médico se entreviste con sus familiares, debe preguntarle la razón de esta objeción y aclarar posibles dudas de índole ética o personal que albergase el enfermo.

Si después de esto se persiste en la misma actitud, ésta debe ser respetada por el médico, salvo que se trate de personas seriamente incapacitadas y que, debido a su edad o a una enfermedad mental grave, padezcan enajenación mental severa y no se les pueda considerar mínimamente responsables.

Bibliografía

ALIBERT, J. L.: *Discurso sobre la conexión de la Medicina con las ciencias físicas y morales sobre los deberes, calidades y conocimientos del médico*, Salamanca, Francisco de Tóxar, 1803.

ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Psicología médica y social*, Madrid, Paz Montalvo, 1978.

BERNSTEIN, L., y BERNSTEIN, R. S.: *Interviewing: a guide for health professionals*, Nueva York, Appleton-Century Crofts, 1980.

CARREL, A.: *La incógnita del hombre*, Barcelona, J. Gil, 1941.

DE LA CUESTA, J. M.; MUÑOZ, A.; ALONSO, C.; GIL, C.; MARTÍN, J.; VAQUERIZO, A.: «Sociedad tecnológica y cultura del hombre», en IBÁÑEZ MARTÍN, J. A.: *Civilización mundial y cultura del hombre*, Madrid, Publicaciones Educativas, 1988.

DE LAS HERAS, J.: *Prevención del suicidio*, Madrid, Editorial de la Universidad Complutense, 1988.

GAONA, J. M.; CIVEIRA, J. M.; GÓMEZ, M. A.; DE LAS HERAS, J.: «Iatrogenia psicológica del niño post-quirúrgico», en *Anales de Psiquiatría*, 3, 5, 1987, pp. 201-204.

GRADILLAS, V.: *La entrevista en psiquiatría*, Madrid, Paz Montalvo, 1980.

HUERTA, F.; FERNÁNDEZ, R.; FRANCO, B.; GONZÁLEZ, P.; NIEDERLEYTNER, A.; RODAS, J. M.; SANZ, G.: «El futuro del hombre ante el avance científico», en: *Dignidad y Progreso, nuevas formas de solidaridad (XXI Congreso Internacional Univ'88)*, Madrid, Editorial de la Universidad Complutense, 1988.

LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1982.

PEABODY, F. W.: *Doctor and patient*, Nueva York, Macmillan, 1930.

POLAINO-LORENTE, A.: *La agonía del hombre libertario*, Madrid, Editorial Asociación de la Rábida, 1987.

«Posmodernidad, progreso y dignidad», en *Dignidad y Progreso, nuevas formas de solidaridad (XXI Congreso Internacional Univ'88)*, Madrid, Editorial de la Universidad Complutense, 1988.

RIPLEY, H. S.: «Diagnóstico y psiquiatría: examen del paciente psiquiátrico», en FREEDMAN, A. M.; KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (eds.): *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1984.

ROJAS, E.: *La ansiedad*, Madrid, Temas de Hoy, 1989.

SCHEIBER, S. C.: «Entrevista psiquiátrica, anamnesis y exploración psicopatológica», en TALBOTT, J. A.; HALES, R. E.; YUDOFSKY, S. C. (eds): *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Áncora, 1989.

16. LA ÉTICA Y LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES DE LOS MÉDICOS

R. Muñoz Garrido

La colegiación médica como comunidad profesional

Las corporaciones de determinadas profesiones como son las de médicos, farmacéuticos, abogados, etc., presentan, históricamente, una organización interna regulada por estatutos propios. El estatuto supone una especial autoridad y atribuciones reconocidas por el ordenamiento jurídico profesional.

La colegiación médica origina, considerada sociológicamente, una comunidad profesional organizada y necesaria, en la que opera un sentimiento de solidaridad entre sus miembros por estar éstos unidos por intereses comunes inherentes al ejercicio de la misma profesión. De tal sentimiento, por razones históricas profundamente arraigadas, proviene una vinculación de sus miembros que se manifiesta por el singular deber que supone obligarse a determinados comportamientos recíprocos de respeto, lealtad y asistencia, que son genéricamente llamados deberes de confraternidad o compañerismo. Están ligados, además, por una relación orgánica y jerárquica, democráticamente establecida, con el colegio profesional, que ejerce el poder de vigilancia, control y disciplina al efecto de salvaguardar el bien común del grupo que consiste, principalmente, en la independencia, dignidad, prestigio, honor y solidaridad de la profesión de médico.

Tradición y vigencia de la solidaridad médica

La solidaridad médica es un valor ético de honda y larga tradición que viene del Juramento Hipocrático y se condensa en documentos normativos modernos como son la Declaración de Ginebra, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Ginebra, en 1948 y refrendada en Sidney en 1968, y el Código de Londres, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Londres, en 1949. Suponen éstos, por su condición de textos éticos básicos aceptados por la comunidad médica internacional, a nivel nacional y de acuerdo con las peculiaridades que el ejercicio de la profesión médica tiene en el respectivo país, la inspiración de los Códigos Nacionales de Deontología Médica.

Los principios éticos inspiradores de las relaciones profesionales entre médicos

La confraternidad o el compañerismo entre médicos es un deber moral y una necesidad práctica. En el quehacer profesional, institucional o domiciliario, público o privado, los médicos han de relacionarse para atender mejor a sus enfermos. Gracias a la confraternidad médica, los médicos aprenden a trabajar juntos, se conocen mejor y surge entre ellos un sentimiento de aprecio mutuo, olvidando, cuando existen, mientras sirven a sus pacientes, sus diferencias. La enemistad entre médicos es causa inevitable de perjuicios a los pacientes.

La confraternidad profesional es universal por cuanto la colegiación reúne a los médicos en una confraternidad resultante de una vocación profesional común por la que todos los médicos participan de unos mismos ideales básicos, en el servicio de la sociedad y de los pacientes, y comparten las mismas bases científicas y humanitarias en las que se apoya el ejercicio profesional médico. Las relaciones entre colegas deben estar marcadas por la concordia y la predisposi-

ción a la mutua cooperación con el específico propósito de servir mejor a los pacientes. Por encima de las legítimas diferencias de orden generacional, jerárquico, ideológico, modalidad de ejercicio, etc., los médicos son colegas, compañeros, que deben dejar a un lado sus desavenencias siempre que éstas puedan causar deficiencias en la atención a los enfermos.

Los principios éticos inspiradores de las relaciones profesionales entre médicos han de ser la deferencia, el respeto, la lealtad y la asistencia mutua.

La deferencia con el compañero señala una disposición anímica a condescender, a mostrarse de acuerdo con el dictamen de otro. El médico encuentra en su trabajo bastantes situaciones que no tienen una solución única. En no pocas ocasiones, ante determinados datos objetivos, caben soluciones diferentes, entre las que se deberá escoger una. Por deferencia con su colega, el médico no desautorizará ante el paciente la opinión de su compañero, sino que tratará más bien de hacerla suya o de justificarla.

El respeto hacia el colega consiste en algo más que en respeto social que obliga a reconocer a cada uno su valor como persona y a tratarle con corrección y cortesía. El respeto deontológico es más extenso e intenso, por cuanto ha de ser lo suficientemente fuerte para superar muchas dificultades como son las que nacen de las diferencias de criterios profesionales o del reparto de competencias y responsabilidades profesionales. El respeto a los colegas se manifiesta, sobre todo, en reconocerles su derecho a tener y mantener sus personales convicciones científicas y profesionales y en contribuir a crear un ambiente de tolerancia para la diversidad ideológica que permita la convivencia profesional pacífica y fructífera.

La lealtad favorece el cumplimiento de los compromisos comunes y confiere fuerza vinculante a los deberes mutuos. La lealtad no puede ser convertida en mero corporativismo para proteger a los colegas de mala conducta en perjuicio de los pacientes o de otros colegas. La lealtad con el colega, a nivel institucional o personal, queda delimitada por el logro de los elevados fines de la profesión. Por ello, nunca podrá utilizársela como razón válida para encubrir la conducta incompetente de un compañero que conlleva daños para el paciente, la sociedad o los compañeros.

La asistencia mutua es la consecuencia de un afecto propenso a procurar el bien de quienes están unidos por una formación común, una común dignidad, tradiciones comunes e intereses comunes.

La asistencia moral entre colegas

Los médicos están obligados a una ayuda recíproca en asuntos de naturaleza moral. Las ocasiones en las que debe prestarse la debida ayuda moral al colega no faltan en la vida profesional ordinaria. Cuando un colega pide consejo a otro para resolver una situación deontológica difícil o tomar alguna decisión que afecta a su trabajo profesional. Cuando un compañero atraviesa situaciones de salud que merman su rendimiento o le ponen en riesgo de abusar de estimulantes. Cuando por inadvertencia o ignorancia comete errores repetidos y debe advertírsele fraterna pero convincentemente. Hay, pues, ocasiones en las que se debe ejercer con el compañero una discreta e insustituible labor de consejo y apoyo moral.

El deber moral de ayudar al compañero cobra particular vigor cuando éste es víctima de una denuncia sin fundamento o cuando se le somete a un trato laboral o psicológico discriminatorio. La ayuda debe tomar la forma de defensa del compañero injustamente atacado o denunciado. En esta defensa se incluye la comunicación al colegio profesional ya que éste tiene como competencia específica la defensa del prestigio de los colegiados en el ámbito de su ejercicio profesional. Los médicos que gozan de reputación, en áreas de conocimiento relacionadas con el ejercicio del médico atropellado están particularmente obligados, si así se les solicita, a actuar, por medio de su influencia en la opinión pública o interviniendo como peritos, en defensa del colega injustamente acusado. La defensa del compañero ha de realizarse dentro de la más estricta justicia, pues nunca se está autorizado a reprimir o compensar un daño cometiendo otro mayor.

La asistencia profesional entre colegas

La asistencia profesional entre colegas constituye un deber de confraternidad en virtud del cual los médicos se ayudan entre sí, sustituyendo al compañero, cuando es necesario, en su actividad profesional o atendiéndole profesionalmente cuando éste así lo requiere.

a) La sustitución profesional del colega

Los problemas éticos ligados a las sustituciones se presentan con muy diferentes características según el medio profesional en el que surgen. Son muy distintos en un hospital bien dotado de personal médico que en el ejercicio rural, donde, a veces, pueden existir dificultades objetivas, por exceso de trabajo o dificultades de comunicación, que hacen imposible que un médico pueda sustituir a un colega. Son también diferentes por el modo de producirse. La sustitución del compañero por enfermedad o necesidad es situación muy diferente de la sustitución del compañero por mutuo acuerdo.

La sustitución del compañero por mutuo acuerdo

La deontología de la sustitución del compañero parte e insiste en el principio de que todos los médicos tienen los mismos derechos y las mismas obligaciones éticas. Por consiguiente, ningún médico puede someter a otro a un trato discriminatorio en las prerrogativas profesionales o en la remuneración económica.

El médico sustituto, es obvio, ha de estar capacitado, tener los títulos legales y tener la competencia exigida para desempeñar el trabajo que se le encomienda. La atribución, en su integridad, de los honorarios profesionales al médico sustituto y la prohibición de dividirlos con el médico sustituido es la primera y tangible manifestación de que el trabajo del sustituto es de igual dignidad que el del médico sustituido. El derecho que el médico tiene a percibir íntegramente los honorarios devengados, sin que jamás pueda admitir su división con el compañero sustituido, elimina toda posibilidad de entender la sustitución como algo propio de su médico asistente para la ejecución de los trabajos de menor responsabilidad. Por ello, el médico sustituido debe abstenerse de toda actividad médica durante el tiempo que dura la sustitución, y, muy en particular, de desempeñar el puesto que venía ocupando al ser sustituido.

La prohibición de dividir los honorarios es compatible con que, al fijar las condiciones de la sustitución, ambos médicos acuerden una cláusula por la que el sustituto se compromete a abonar una justa compensación económica por el uso del consultorio y por los servicios del personal auxiliar que el médico sustituido pone a su disposición.

Transcurrido el tiempo pactado, el sustituto cesará en su actividad y comunicará al compañero sustituido todas las observaciones que éste deba conocer para la mejor atención futura de los pacientes tratados en su ausencia. Un deber elemental de lealtad prohíbe al médico sustituto aprovechar la sustitución para atraerse la clientela del médico sustituido. Por ello, se abstendrá de desacreditar al colega sustituido o de expresar, directa o indirectamente, juicios negativos sobre su competencia profesional.

La atracción de pacientes por medios heterodoxos, de grave reproche ético, no hace referencia exclusivamente a la que puede practicar el médico sustituto. Cualquier médico puede sentirse tentado a desviar hacia su consulta los enfermos que son o van a ser atendidos por otros colegas. Por razones de elevación del nivel cultural de la sociedad y el gran desarrollo de la medicina socializada, han desaparecido los intermediarios que, en otros tiempos, captaban pacientes para ser dirigidos hacia la consulta de un determinado médico, del que recibían la correspondiente gratificación. Persisten todavía, sin embargo, algunas formas más refinadas, pero más indignas, de atraer pacientes a la práctica privada desviándolos de la medicina pública. Para ello, el médico que trabaja en una institución pública, recurre a conductas gravemente reprobables desde el punto de vista ético, consistentes en degradar hasta niveles ínfimos la calidad de la atención, al tiempo que se ofrece como remedio el consultorio privado. Las artimañas son, entre otras, inflar artificialmente las listas de espera, provocar averías en los aparatos de exploración o tratamiento, oponer objeción de conciencia, exagerar el nivel de inseguridad con peligros de accidentes o de infección, etc., para señalar, poco después, que ninguna de tales circunstancias se dan en su consulta o clínica particular.

La sustitución del compañero por enfermedad o necesidad

La sustitución profesional del colega, temporalmente impedido por enfermedad o necesidad,

es un deber de confraternidad cuando, en interés del enfermo, ello es necesario. La sustitución del colega se justifica, éticamente, como recurso necesario para servir los legítimos intereses de los pacientes. Es ésta la razón primordial que determina la buena disposición del médico para sustituir al colega enfermo o ausente por causa razonable y por un tiempo previsto y bien determinado. Entre las causas se encuentra, además de la enfermedad, la necesidad para cumplir con ciertos deberes importantes o ineludibles de carácter familiar, social, colegial, laboral o de formación profesional.

Los conflictos éticos de tipo general, que deben ser considerados en la sustitución del compañero por enfermedad o necesidad, se refieren, por una parte, al abuso en el que incurre un médico que se hace sustituir por causas no justificadas. No es ético solicitar y obtener la sustitución temporal cuando no se dan impedimentos razonables y se invocan razones fingidas o inexistentes. Es particularmente injusto abusar de una posición jerárquica superior para obtener de los subordinados una sustitución que ahorra los trabajos más molestos o proporciona al sustituido ventajas de diverso tipo con el consiguiente perjuicio para el sustituto. Toda sustitución que no está motivada por razonable causa tiene que fundamentarse, necesariamente, en la libre y voluntaria aceptación del sustituto y en la justa compensación económica o en la reciprocidad de las sustituciones.

En cualquier caso, una sustitución nunca puede provocar menoscabo de la calidad de los servicios que se dan a los pacientes. Por otra parte, los procedentes de la negativa, por mala voluntad, de asumir la sustitución razonablemente solicitada por el colega. No es ético negarse a sustituir al colega enfermo o que debe ausentarse por necesidad cuando dicha negativa nace de la pereza o de la mala voluntad. Puede, sin embargo, estar justificada dicha negativa, cuando la sustitución supondría un abandono de los propios enfermos, cuya atención quedaría perjudicada. Es también razón suficiente, para no aceptar una sustitución, carecer de la competencia profesional necesaria para llevarla a cabo sin perjuicio de los enfermos.

Como en la sustitución del compañero por mutuo acuerdo, el médico cesará en su actividad tan pronto como se incorpore el médico sustituido y le comunicará todas las observaciones útiles disponibles para la mejor atención del enfermo.

Es deontológicamente reprochable utilizar estas situaciones para atraerse al enfermo, utilizando procedimientos de la descalificación de la competencia del colega, al círculo de la propia actividad profesional.

b) La atención médica al colega

Es deber de buen compañerismo y una genuina y tradicional manifestación de la confraternidad médica que no debe perderse, eximir o tener una especial consideración al establecer los honorarios por la atención médica a los colegas y a las personas que dependen económicamente de ellos.

Es necesario tener una idea precisa de la naturaleza y extensión de esta costumbre fraternal a fin de que no se convierta, paradójicamente, en práctica médica de segunda clase o en una amenaza para la amistad profesional. La costumbre de eximir del pago de los honorarios se ha establecido como muestra de amistad colegial y en respuesta a la distinción que para un médico significa el que otro colega le confíe el cuidado de su propia salud o de la salud de sus allegados más íntimos. Esto obliga a ambas partes a actuar con extremada delicadeza, pero también con toda naturalidad. La naturalidad consiste en aceptar que el médico enfermo o sus allegados enfermos tienen derecho a recibir, aunque no satisfagan los honorarios, una asistencia médica normal y ordinaria en todo, es decir, de la misma calidad y competencia que se preste a los demás enfermos. El hecho de no pagar honorarios no puede suponer que se sienta incómodo el médico que solicita la atención del colega. Tiene, a pesar de la exención, perfecto derecho al tiempo y a la competencia del colega. No es razonable, por tanto, el retraso en llamar al colega pensando que no se le debe molestar, pues puede retrasarse así, peligrosamente, la atención debida al paciente. El médico llamado se sentirá plenamente gratificado con el privilegio de servir al colega que ha depositado en él su confianza. Naturalmente, reclamará para sí la responsabilidad plena del caso y no permitirá que se establezca una distribución inconcreta y difusa de la responsabilidad sobre el enfermo, médico o allegado, entre él, médico solicitado, y el propio médico solicitante u otros colegas que ofrecen espontáneamente sus opiniones. La responsabilidad sobre el enfermo le incumbe plenamente al médico de quien se ha

requerido la asistencia y no permitirá, por ningún concepto, que se rebaje el nivel de la calidad de su prestación asistencial. Por razones obvias, para evitar perjuicios al enfermo, se exigirá del médico solicitante la práctica de una consulta formal, tanto si es éste el enfermo como si lo es alguno de sus allegados. Se evitará, muy cuidadosamente, despachar la asistencia requerida mediante una conversación telefónica o mediante un cambio de impresiones en el pasillo de la clínica o el hospital.

El ámbito de aplicación de la exención de honorarios está constituido por el colega y familiares allegados que dependen económicamente de él. Se extiende también, por razones aún más poderosas, a la viuda y huérfanos de ella dependientes. Sólo los honorarios del médico son objeto de exención. Los gastos del material utilizado en exploraciones, curas y tratamientos, han de ser abonados. Es una manifestación de delicadeza y sensibilidad que el médico que ha requerido, para sí o para sus familiares allegados, la asistencia al colega, reclame el pago de dichos gastos, pues no parece justo que obligue a su colega, que le ha dedicado tiempo y esfuerzo, a costearlos de su propio patrimonio. De modo similar, esa misma delicadeza obliga a hacer las gestiones necesarias para que, tanto los honorarios como los gastos del material utilizado, sean sufragados por la correspondiente entidad de seguro en el caso de que el médico o quienes de él dependen tuvieran el correspondiente derecho a la indemnización económica.

Crítica de las actuaciones profesionales del colega

La crítica de las actuaciones profesionales del colega, lamentablemente tan frecuente, merece distinta valoración ética en función de su intencionalidad y circunstancias.

a) La crítica chismosa

La crítica de la actividad profesional de los colegas realizada entre médicos sin otra intencionalidad que la de criticar por criticar es, simplemente, una cuestión de mal gusto y constituye una conducta deplorable por cuanto falta a la obligada deferencia y respeto que merece el compañero. Cuando el enfermo o sus familiares están presentes, la responsabilidad ética es mayor porque al criticar la competencia profesional del colega, aunque sea con tan «inocente» intención, se puede estar minando la confianza de los enfermos y familiares en otros colegas.

b) La crítica malévola

La crítica de la actividad profesional de los colegas realizada con una intención malévola dirigida contra la reputación del colega constituye grave responsabilidad ética. Esta conducta constituye la maledicencia profesional, el criticar despreciativamente, cualquiera que sea la forma o el medio utilizado, las actuaciones profesionales de los colegas. Es circunstancia agravante el hecho de que dichas críticas desdeñosas se realicen, no ante compañeros, sino en presencia de enfermos, de sus familiares o de personas ajenas a la profesión. Forma más hiriente, por más sutil, de maledicencia, que participa de la naturaleza del charlatanismo médico, tiene lugar cuando el médico, ante sus colaboradores, el enfermo o sus familiares, con frases tales como «lástima del tiempo que se ha estado perdiendo», «suerte que hemos llegado a tiempo», etc., pone de manifiesto la desacertada o incompetente que ha sido la actuación diagnóstica o terapéutica de otro colega y cómo, por fortuna, él ha llegado a tiempo de impedir que se consumara un grave e irreparable daño para el enfermo. Tal comportamiento es merecedor del máximo reproche ético, destinado a sancionar el círculo de conductas encaminadas a criticar la actuación profesional del colega.

c) La crítica sincera

Es habitual y lógico que los médicos no estén siempre de acuerdo sobre la conducta que se ha seguido o que se debe seguir ante una situación clínica. Es inevitable que, en las relaciones interprofesionales, surjan antipatías y malentendidos o que se produzcan desacuerdos acerca de materias profundamente sentidas. Muchas veces, estos conflictos no nacen de la malevolencia, sino de la firmeza con la que cada médico se adhiere a lo que tiene por verdadero, o, también de una cierta estrechez de miras que impide comprender actitudes divergentes a las que uno mantiene.

Cuando el enfrentamiento surge en una relación colegial cargada ya de hostilidad o mutua incomprensión, es fácil que se produzca una reacción acalorada y agresiva. Es preciso que de ello no se derive ni daño ni escándalo para el paciente, ni ofensas personales entre los médicos. Aunque estas reacciones nazcan de la buena fe y del celo por el bien de los enfermos, nunca tiene justificación injuriar a un colega.

Es deber de confraternidad buscar el modo de apaciguar las situaciones así creadas y evitar que, por imperativos de amistad, de escuela o de afinidad política, se generalicen entre los colegiados. La obligación de dirimir las divergencias entre los médicos compete a las instituciones médicas colegiales, que han de ejercer la función de amigable componedor o árbitro de tales conflictos, juzgando, tan sólo, después de escuchar a ambas partes y procurando favorecer siempre la mutua tolerancia.

Las relaciones más relevantes entre colegas

El principio general ético informador de la convivencia profesional es que los médicos se traten con deferencia, respeto, lealtad y solidaridad. En el conjunto de las relaciones profesionales, por la peculiaridad de la relación en orden a la exigencia ética, algunas merecen particular consideración.

a) En los asuntos económicos

En reconocimiento de la independencia y libertad de los médicos que participan en la atención del mismo paciente, colaborando en su diagnóstico y tratamiento, la Deontología establece, como principio general, que la minuta de honorarios ha de presentarse por separado y, en el caso de acordar una minuta conjunta de honorarios, ésta debe especificar el importe que le corresponde a cada uno de los médicos. Este modo de proceder tiene evidentes ventajas, al conjurar el peligro del anonimato que puede amenazar a la medicina de equipo, se gana transparencia para la gestión económica y fiscal del trabajo en equipo, se impiden las prácticas dicotómicas y se evitan los conflictos entre compañeros a la hora de distribuir los honorarios. Para que sea deontológicamente aceptable la posterior distribución de honorarios, en los casos en los que la asistencia se realiza por equipos médicos, es necesario, además del consentimiento de todos los médicos que forman el grupo, que esté constituido exclusivamente por médicos en ejercicio y que todos hayan participado en la asistencia del enfermo.

La Deontología prohíbe, cuando la Medicina se practica en grupo, que algunos médicos puedan explotar a otros imponiéndoles condiciones abusivas de trabajo. También prohíbe que puedan tener una participación directa en los honorarios quienes no están colegiados como médicos en ejercicio. La razón para sentar esta norma es comprensible si se tiene en cuenta la significación deontológica de los honorarios. La minuta de honorarios no es una factura por gastos de estancia en la clínica o en el hospital ni tiene que ver directamente con el pago de ciertos procedimientos diagnósticos o terapéuticos. La nota de honorarios se refiere, ante todo, al trabajo intelectual y a la responsabilidad moral de quien toma decisiones, que escapan a toda valoración monetaria. Los honorarios son expresión de la independencia profesional del médico y simbolizan su responsabilidad personal. Por ello, no pueden ser compartidos con quienes no han participado en la atención médica del paciente. Las normas que rigen las relaciones económicas de los médicos que forman el grupo deberán señalar la contribución que cada uno de ellos ha de hacer a los gastos generales, pero es cada médico el que fija la cuantía de sus honorarios, los percibe y los incluye libremente en la masa común de la que participan sólo los médicos que han tratado a ese concreto paciente. El principio informador que subyace es el de que, entre colegas, existe una igualdad ética. Cualquiera que sea la forma jurídica en la que se asocien varios médicos, para que ese acuerdo de asociación pueda ser deontológicamente correcto, se exige que todos los médicos que forman el grupo hayan prestado su libre consentimiento al sistema de distribución de honorarios y que éste sea justo, equitativo y de carácter público, con lo que se elimina todo riesgo de que el sistema de participación tenga que ver con cualquiera de las formas de práctica dicotómica.

b) En las prácticas dicotómicas

La dicotomía, es decir, la partición, ocultada al paciente, de los honorarios entre médicos o

entre éstos y miembros de otras profesiones sanitarias, constituye una grave falta deontológica.

Lo típico de este reparto de honorarios médicos, más o menos asimétrico, es su carácter mercantilista. Es una comisión que se da y se recibe por traficar en acciones médicas. La dicotomía es una causa importante de desprestigio ético de la profesión. Casi siempre, la dicotomía es, en su estructura ética, una injusticia. Lo es si induce una elevación de los honorarios habituales en una cantidad suplementaria, precisamente la que se entrega como comisión al colega. El enfermo es víctima de una agresión económica. La injusticia es todavía mayor si se induce un abuso de prescripciones o se sientan indicaciones superfluas de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, pues ello, a la vez que supone abusar gravemente de la confianza o de la ignorancia del paciente, establece una complicidad agresora entre médicos.

La dicotomía daña el prestigio público de los médicos. La tolerancia más o menos generalizada de la dicotomía trastorna por completo la práctica de la Medicina, pues el médico no coloca ya, en el primer lugar de sus preocupaciones, tal como le exige su vocación de servicio, la protección de los intereses del paciente, sino su propia ventaja económica, en virtud de la cual envía sus pacientes no al colega más competente, sino al que le soborna con la comisión más dadivosa. El médico pierde su independencia de juicio, pues muchas de sus decisiones profesionales quedan contaminadas por el afán de lucro. El paciente suele pagar más dinero por un servicio de menor calidad. Esto puede pasar inadvertido por algún tiempo, pero el juego sucio termina por ser descubierto con el consiguiente descrédito, tanto de los médicos implicados como de toda la profesión.

Dar comisión y recibirla son por igual acciones injustas y condenables. Solicitar la subdivisión de los honorarios, aun en el caso de que no se llevara a efecto, es ya de por sí falta deontológica grave. Una condena tan sin matices procede del hecho de que la dicotomía tiende a envenenar las relaciones de confraternidad e instaura un permanente estado de injusticia entre los colegas. Los médicos que rechazan la dicotomía quedan condenados a una situación de inferioridad económica con respecto a los que negocian con ella. Esto crea la situación lamentable de que muchos médicos competentes quedan marginados mientras que otros, menos cualificados pero más arteros, consiguen mucho trabajo. La dicotomía es, posiblemente, el tipo más degradado de la competencia desleal hacia el compañero.

c) En el deterioro psicosomático

La obligación ética de no hacer daño, cobra particular relevancia cuando la salud del médico se deteriora y disminuye entonces peligrosamente su capacidad para cuidar a sus enfermos como es debido. El abuso de drogas o de alcohol, algunas enfermedades orgánicas o ciertos trastornos psiquiátricos, e incluso la edad, pueden hacer que el médico se vuelva olvidadizo, pierda la necesaria capacidad de raciocinio diagnóstico o la destreza manual imprescindible, muestre tal irritabilidad o indiferencia, que el trato con los pacientes se haga imposible.

Cuando el médico advierte que no se encuentra bien y que, por ello, está sufriendo la calidad de su trabajo, debe, sin excusas, acudir a un colega de su confianza. En la enfermedad que le va restando facultades, debe rechazar la tentación de tratarse a sí mismo y prescindir a sabiendas de la ayuda de un colega. Tal conducta es muy peligrosa por cuanto combina una seria imprudencia profesional con una falta deontológica. Es deber deontológico que el médico, tan pronto como observe que, por razón de su edad o por enfermedad, se deterioran su capacidad de juicio o sus habilidades técnicas, solicite inmediatamente ayuda a un compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender temporal o definitivamente su actividad profesional. Ninguna circunstancia puede justificar que el médico cause conscientemente un daño a sus enfermos. Si un médico observa que, a causa de una enfermedad, la conducta de un colega es deficiente y nociva para los enfermos, está obligado, con delicadeza y energía, a advertírselo, al mismo tiempo que su más leal ayuda para hacer frente a la situación. Cuando el médico enfermo rehúse la ayuda, queda obligado a ponerlo, con la máxima discreción, en conocimiento de la autoridad médica apropiada. Es evidente que una intervención de este tipo debe ser llevada a cabo con la máxima delicadeza y que, a pesar de ello, puede causar reacciones destempladas y amargar las relaciones con un compañero, pero, aunque la confraternidad es un deber

primordial, sobre ella tienen prevalencia los intereses de los enfermos.

d) En las funciones de inspección y control

La actividad profesional de la gran mayoría de los médicos consiste en diagnosticar y tratar enfermos en su consultorio privado o en instituciones sanitarias públicas o privadas. Pero hay algunas situaciones especiales en las cuales el médico desarrolla su ejercicio profesional en directa dependencia de determinados organismos públicos cumpliendo misiones necesarias y específicas como la inspección del trabajo de otros médicos o evaluando, como experto y por encargo de magistrado o parte interesada, alguna situación que exige particular competencia o pericia. En todas estas situaciones, la relación médico-médico está modificada o condicionada por el hecho de que sobre el médico gravitan fuerzas o intereses que pueden interferir con los valores deontológicos que deben regular las relaciones interprofesionales de los médicos.

El principio ético inspirador de estas situaciones es el de la unidad de la Deontología Médica para una determinada corporación, y, por consiguiente, los médicos que trabajan en actividades profesionales de inspección o control deben acomodar su conducta profesional a las exigencias deontológicas.

No existe actividad profesional médica de inspección o control que dispense al médico del deber de ciencia, que le exonere de su obligación de guardar el secreto, salvo excepciones previstas por ley, que le autorice a prescindir del consentimiento libre del paciente, que le obligue a no practicar sus deberes de confraternidad médica o que le fuerce a abdicar de su conciencia profesional, para cumplir ciegamente las órdenes de la autoridad sanitaria o judicial.

Funciones de inspección

Cuando la actividad profesional del médico inspector consiste en el examen de un enfermo que es atendido por otro colega, es necesario, casi siempre, el intercambio de información clínica, a la que no deberá oponerse el médico que asiste al paciente, por cuanto el médico inspector también está obligado por el secreto. Pero el médico inspector no puede inmiscuirse en la relación del enfermo con el médico que le viene tratando, arrogándose el derecho a criticar o modificar el tratamiento prescrito. La razón es evidente, por cuanto el médico inspector viene también obligado a mantener con los demás médicos una relación profesional presidida por los deberes deontológicos que deben regir las relaciones jerárquicas y la confraternidad profesional. Si en el examen de un paciente descubriera elementos importantes que han pasado inadvertidos al médico que le trata, lo pondrá, de forma exclusiva y directa, en su conocimiento, comunicándolo a la autoridad sanitaria si el médico responsable del tratamiento hiciera caso omiso de tales advertencias, pero se abstendrá de hacerlo directamente al paciente.

Funciones de control

Cuando la actividad profesional del médico perito consiste en la valoración de la patología del enfermo que está siendo atendido por otro médico, sus obligados deberes de prudencia, secreto e imparcialidad deben ser ejercidos, si aún cabe, con mayor celo. En ningún caso puede entrometerse, con descalificaciones sobre la competencia profesional del colega, en la relación que enfermo y médico tratante mantienen. El deber de secreto obliga a silenciar cuanto haya podido conocer y no tenga estricta relación con la misión que se le ha encomendado. Ese deber de prudencia e imparcialidad le obliga a dialogar, de forma directa y ponderada, con el médico responsable del diagnóstico y tratamiento del enfermo, en aquellos casos en los que, siendo importante para la valoración jurídica, no esté de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento seguido por el enfermo. Tan sólo cuando sea imposible el acuerdo, lo comunicará a la autoridad judicial, absteniéndose de hacerlo directamente al enfermo. El deber de prudencia, imparcialidad y secreto se refuerza, todavía más, cuando el médico perito tiene que dictaminar acerca de la actuación de un colega. La razón de cuanto antecede es evidente por cuanto el médico perito viene también obligado a mantener con los demás médicos unas relaciones profesionales presididas por los deberes deontológicos que deben regir la confraternidad profesional.

e) En los servicios jerarquizados

La organización jerárquica dentro de los grupos médicos de trabajo, cualquiera que sea su denominación y ubicación, por estar al servicio de la mejor atención al paciente y de la vocación científica de la Medicina, debe ser respetada.

Siempre que varios médicos se agrupan para cooperar en la atención de los enfermos es preciso que alguno de ellos asuma la responsabilidad ante el paciente. Es necesario, a la vez, que se le adjudique y reconozca la potestad de coordinar la contribución de cada uno a la tarea común. En este sentido, la organización jerárquica responde a una necesidad funcional básica, la de crear orden y eficacia en un grupo de personas que trabajan juntas.

Las competencias y responsabilidades de cada cual han de estar determinadas en todo grupo médico de trabajo. Quien ostente la dirección del grupo tiene el deber de garantizar la participación de los que componen el grupo en la toma de decisiones sobre los asuntos que les competen para que con su voz, y, en su caso, con su voto, ayuden a mejor acertar.

Es obligación de quien asume la dirección respetar las convicciones de los colaboradores. El respeto por la diversidad ideológica debe estar presente en las relaciones jerárquicas entre colegas. Quien dirija la distribución del trabajo deberá aceptar y respetar la objeción a determinadas actuaciones que algunos miembros del grupo pueden invocar por razón de sus convicciones científicas o de conciencia. Es falta deontológica grave invocar una objeción de ciencia o de conciencia como treta para librarse de trabajos poco atractivos. La integridad moral de quien es objetor le exige aceptar una carga de trabajo que compense equitativamente la que haya dejado de hacer en virtud de su abstención.

Quien tiene la responsabilidad del grupo deberá supervisar y autorizar las actuaciones hacia el exterior de los componentes del grupo cuando éstos se presentan como tales. Respetará su libertad, les aconsejará en la materia y, cuando disienta del contenido de algún trabajo científico preparado con el material y la experiencia del grupo, podrá exigir que en él figure la correspondiente cláusula de exclusión de responsabilidad haciendo constar que las ideas expresadas por los autores no representan la opinión del grupo médico. Lógicamente, esta tarea de supervisión deberá implicar una leal crítica, los consejos y recomendaciones oportunos y el respeto a las diferencias científicas de opinión.

Es una exigencia ética que todo grupo médico de trabajo celebre reuniones, en las cuales todos puedan leal, libre y responsablemente exponer aquellas críticas e iniciativas que pretenden el mejor funcionamiento del grupo.

f) En la objeción de conciencia

Es conforme con la Deontología Médica que, por razón de sus convicciones éticas y científicas, el médico se abstenga de la práctica de determinados actos profesionales, tales como aborto, fecundación *in vitro* o esterilización, hoy legalmente despenalizados.

En tales situaciones el médico no está obligado a proponer un colega que le sustituya y que no sea contrario a tales prácticas. Ello equivaldría a cooperar en una acción que se considera inmoral o a vivir una moral doble, cual es la de pensar que otros están autorizados a practicar acciones que uno rechaza como no éticas.

Es falta deontológica grave cualquier tipo de acción u omisión que tenga como finalidad presionar, perjudicar o discriminar al médico que alega objeción de conciencia para realizar dichas prácticas. La experiencia vivida en otros países, y también en el nuestro, muestra que, antes o después, los médicos que alegan objeción de conciencia son objeto de presiones y discriminaciones por parte de otros colegas o de quienes dirigen las instituciones médicas donde trabajan. La Deontología define claramente cuál es la actitud conforme con la ética personal, pues no hay vida moral sin libertad y no hay responsabilidad profesional sin independencia. Declara que toda acción que pretenda disminuir la libertad de conciencia o introducir factores de discriminación en virtud de posiciones ideológicas es antideontológica. La libertad ideológica está garantizada como derecho fundamental de la persona por la norma constitucional española (art. 16.1).

Sin embargo, lo más temible no son las clamorosas privaciones de derechos, sino los sistemas, sutiles y refinados, que pueden ser empleados para doblegar la resistencia moral de quienes no se pliegan a los deseos de quienes mandan sin respetar las legítimas convicciones personales reconocidas por ley. Existen cauces legales para

contrarrestar las graves represalias por objeción de conciencia como destituciones o traslados, pero no existen cauces legales para defenderse de las formas subliminales de tortura ideológica o de discriminación escandalosa, como son la asignación de horarios desfavorables, tareas rutinarias o la preterición a la hora de repartir oportunidades profesionales que dependen de la decisión discrecional de los médicos burócratas, como son permisos para congresos, nombramiento para participar en comisiones o asignación de fondos para la investigación científica.

Es grave falta deontológica no respetar la objeción de conciencia del médico a la realización de las citadas prácticas, asignándoselas al efectuar la distribución de las tareas profesionales. Es un deber deontológico la defensa del compañero cuando está siendo sometido a un trato laboral o psicológico discriminatorio como consecuencia de haber presentado objeción de conciencia para la realización de dichas prácticas. Siempre que tenga lugar este tipo de ataque a la libertad profesional del médico o éste resulte perjudicado por razón de sus convicciones, el colegio profesional ha de prestarle el asesoramiento y la ayuda necesaria.

El desacuerdo profesional entre colegas

Los disentimientos sobre cuestiones médicas, tanto científicas como profesionales o deontológicas, no pueden dar lugar a polémicas médicas públicas. Es deber deontológico no sacar a la calle la discusión de los desacuerdos en materia profesional. El contenido de este deber deontológico nada tiene que ver con una limitación de los derechos a la libertad de pensamiento y a la libertad de expresión. Su contenido está haciendo referencia a la madurez ética del médico, que ha de manifestarse en la tolerancia para la legítima diversidad, en la crítica siempre serena de las ideas de los demás y en el respeto hacia las personas. No impone la uniformidad científica o ideológica, sino que, por el contrario, reconoce y fomenta la libertad profesional al establecer que, cuando en el ejercicio de la misma surgen desacuerdos que deben ser discutidos, éstos no pueden originar polémicas públicas. Ventilar en público legítimas diferencias de opinión puede tener efectos poco deseables desde una perspectiva ética, tales como generar confusión entre quienes siguen la polémica, dañar al compañero de profesión, promoción publicitaria indebida de procedimientos o personas, y trato mutuo poco respetuoso. El principio hipocrático de que lo primero es no hacer daño tiene aquí un patente campo de aplicación. La publicidad del ardor propio de toda polémica no es procedimiento adecuado para informar y formar asistencialmente al gran público o para mantener relaciones correctas con los colegas.

Los disentimientos entre colegas en materias específicamente profesionales y científicas tienen su modo y su sede. Es irracional e inoperante emplear modos violentos para tratar de persuadir a otros. La sede adecuada es la discusión verbal en privado, el intercambio de escritos en la prensa profesional o el examen en el seno de las sesiones científicas de instituciones tales como hospitales, academias o sociedades científicas.

En ciertas cuestiones profesionales, de no llegar los interesados a un acuerdo, no queda otra salida para dirimir el conflicto que la de acudir, como primera vía, a los colegios de médicos. Sólo después de agotada esta vía de conciliación, sin que se haya alcanzado una solución justa y satisfactoria a juicio de las partes interesadas, es ético apelar a la vía judicial para dirimir las diferencias. Estos conflictos han de resolverse en justicia, pero a base de mucha comprensión y tolerancia por parte de todos los implicados y con el ánimo de no polemizar más allá de lo razonable. Esta recomendable disposición para no polemizar debe provenir, no de una actitud de indiferencia o escepticismo en materia científica o profesional, sino de la noción, que la experiencia va dando, de que hay muchas cuestiones abiertas que admiten varias soluciones, ninguna de las cuales posee atributos suficientes que la hagan tan superior a las otras que uno deba sentirse impelido a seguirla y a imponérsela a los demás. Como en los asuntos dejados a la libre discusión, nadie puede ser obligado a ir en contra de su leal saber y entender, es necesario concluir que lo correcto es no proseguir la discusión más allá de un punto razonable. En resumen, conviene, desde la perspectiva de la deontología del disentimiento profesional, que cada uno ofrezca al otro sus propios puntos de vista, volviendo a explicarlos si no han sido bien comprendidos. Pero, si se enciende la polémica, llega un momento en el que la única solución razonable es el «desacuerdo educado», es decir, «ponerse de acuerdo en que no se está de acuerdo y seguir, a pesar de ello, conviviendo profesionalmente como colegas».

La denuncia del colega por razones profesionales

Es inevitable que haya médicos cuya conducta esté por debajo de los niveles que exige la práctica profesional aceptable. La confraternidad es un deber primordial, pero sobre ella tienen preferencia deontológica los intereses del enfermo. Por ello, es deber deontológico del médico poner en conocimiento del órgano directivo del colegio profesional, de forma objetiva y con la debida discreción, la conducta fraudulenta, inética o incompetente de los colegas. No son denunciables los errores ocasionales o inadvertidos, que provienen de la complejidad o de la apariencia engañosa con la que se presentan ciertos casos clínicos, y que son prácticamente inevitables en el trabajo del médico. Sí lo es la actitud reiterada de prestar a los pacientes un servicio descuidado, incompetente o a nivel que no se corresponde con el estado del arte en dicho momento.

Es muy desagradable tener que denunciar al colega incompetente o inmoral, pero forma parte de las obligaciones fundamentales del médico. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial establece, como uno de los ocho deberes generales del médico, el de «denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia y a los que incurren en fraude o engaño».

Para que la denuncia tenga un auténtico carácter deontológico ha de estar objetivamente fundada, ha de hacerse ante la instancia debida y de forma que no acarree daños gratuitos a quien es denunciado. No puede procederse a la denuncia sin haber buscado la oportunidad de escuchar las explicaciones que da de su conducta el presunto culpable. Buen modo de proceder en esta fase preliminar es el que consiste en que los colegas implicados intercambien por escrito sendas alegaciones acerca del problema que les concierne. Escribir obliga a reflexionar y a poner en razón y orden los hechos. El potencial denunciante remitirá a su colega, suficientemente protegido de la indiscreción, un escrito en el que formule, con suficiente claridad, sus sospechas, y en el que debe especificar que está considerando la posibilidad de presentar, ante el colegio profesional, una denuncia si no le ofrece una explicación satisfactoria. El presunto inculpado debe responder por escrito a las imputaciones que le han sido formuladas. El denunciante debe presentar copia de dichos documentos en el momento de formalizar la denuncia, llegado el caso, ante el órgano rector del colegio profesional para que éste juzgue sobre la oportunidad de iniciar un expediente disciplinario.

En el mismo plano de culpabilidad deontológica se encuentra la conducta que lleva a denunciar malévola o falsamente al colega como la que, por tolerante complicidad con el culpable, lleva a la abstención del deber de denuncia en casos de grave daño para el enfermo o la sociedad. No puede negarse que entre los médicos existe la tendencia a considerar la denuncia falsa del compañero como una falta deontológica muy grave, mientras que, por el contrario, se estima que no denunciar al colega culpable es signo de humanidad y tolerancia. Pero esa opinión, ciertamente muy extendida, es harto dañosa para los propios médicos. La denuncia en materia profesional importante es un deber de justicia con los pacientes y con los colegas. La abstención de denuncia es, correlativamente, una grave injusticia, constitutiva de complicidad dolosa, porque, gracias a ella, el colega inmoral, protegido por la seguridad de que no va a ser denunciado, persiste en su conducta culpable. Antes o después, muchas de estas situaciones gravemente irregulares terminan siendo denunciadas por el público ante los tribunales judiciales y salen, entonces, a la luz pública, acciones dolosas e imprudencias temerarias, así como las complicidades surgidas de una tolerancia ciega y culpable en aras de un mal entendido compañerismo. La pérdida de prestigio moral que sufre entonces la colectividad médica es importante, porque se hace patente cuán descuidado ha sido el compromiso público, asumido desde antiguo por todos los médicos en ejercicio, de que nosotros mismos somos capaces de velar por el control, dignidad y prestigio de nuestra profesión, y que es, en definitiva, desde el punto de vista sociológico, la razón de ser de nuestra existencia como corporación profesional.

Bibliografía

ALONSO MUNOYERRO, L.: *Código de Deontología Médica*, Madrid, Ediciones FAX, 1934, 1.ª ed.

BEAUCHAMP, T. L.; MCCULLOUGH, L. B.: *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*, Barcelona, Labor, 1987.

Código de Deontología Médica: Madrid, Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, 1979.

Commentaires du Code de Déontologie Médicale, París, Ordre National des Médecins, 1987.

Deontología, Derecho, Medicina, Madrid, Colegio Oficial de Médicos, 1977.

DEROBERT, L.: *Droit Médical et Déontologie Médicale*, París, Flammarion Médicine-Sciences, 1974.

DOWNIE, R. S.; CALMAN, R. C.: *Healthy respect. Ethics in Health Care*, Londres, Faber & Faber, 1987.

ESCARDO, F.: *Moral para médicos*, Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1967, 2.ª ed.

GAFO, J. (ed.): *Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 1986.

GRACIA, D.: *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Ediciones de la Universidad Complutense, 1989.

Guide d'Exercise Proffessionel à l'Usage des Medecins, París, Ordre National des Médecins, 1986

The Handbook of Medical Ethics, Londres, British Medical Association, 1984, 3.ª ed.

HERRANZ, G.: *El respeto, actitud ética fundamental de la Medicina*, Pamplona, Eunsa, 1985.

JANER, F.: *Elementos de Moral Médica*, Barcelona, Imprenta de Joaquín Verdaguer, 1831.

KNIGHT, B.: *Legal aspects of medical practice*, Londres, Churchill & Livingstone, 1982.

LEAKE, CH. D.: *Percival's Medical Ethics*, Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 1927.

LEGA, C.: *Deontologia Medica. Principi Generali*, Padua, Piccin Editore, 1979.

LEÓN, A.: *Ética en Medicina*, Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1973.

MACKENZIE, N.: *Ética profesional y servicio hospitalario*, Buenos Aires, Intermédica, 1974.

MARTÍN MATEO: *Bioética y Derecho*, Barcelona, Ariel, 1987.

MASON, J. K.; MCCALL; SMITH, R. A.: *Law and Medical Ethics*, Londres, Butterworths, 1983.

SERGENT, E.: Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée, v. I, *Déontologie et Jurisprudence Médicale*, París, A. Maloine et fils, 1920.

SPORKEN, P.: *Medicina y Ética en discusión*, Estella, Verbo Divino, 1982, 2.ª ed.

VIDAL, M.: *Bioética. Estudios de bioética racional*, Madrid, Tecnos, 1989.

VILARDELL, F. (coord.): *Ética y Medicina*, Espasa-Universidad, 1988.

17. ÉTICA, HISTORIA CLÍNICA Y DATOS INFORMATIZADOS (ASPECTOS EPISTEMOLÓGICOS, ANTROPOLÓGICOS Y ÉTICOS)

A. Serani Merlo y M. Burmester Guzmán

Introducción

La determinación de fases o momentos formalmente discernibles al interior de la acción médica es una tarea legítima y útil (Laín Entralgo, 1983, 1985). Aun cuando no parece arbitrario organizar estas divisiones en un orden cronológico general, es claro que las etapas analíticamente identificables se sobreponen de hecho en el tiempo. La historia clínica es un claro ejemplo de esto: fase arquetípicamente inaugural, se prolonga de hecho, en intensidad variable, a lo largo de toda la acción médica. Fase inaugural, es cierto, pero a la vez crucial e insustituible, la historia clínica ha sido subvalorada en nuestra época por aquella forma dominante de enfrentar la atención de salud, que Engel ha llamado: «el modelo biomédico de la enfermedad» (Engel, 1977).

La historia clínica

A la historia clínica como proceso le corresponde por otra parte, en tanto que su expresión y su fruto, una parte sustancial del expediente médico o ficha clínica. El abordaje conceptual, tanto para la expresión como para la organización de la información médica relevante, obtenida en el proceso de la historia clínica, ha variado en el curso del tiempo y no dejan de proponerse modelos alternativos (Goldfinger, 1973; Vukusic y Valdés, 1988).

Tanto la historia clínica como proceso, como su expresión material y conceptual en el expediente médico plantean interesantes problemas en el plano epistemológico, antropológico y ético. La descripción y el intento de responder a algunos de estos problemas constituyen el objetivo de este capítulo.

a) Introducción

Distinguimos en la acción médica en su conjunto tres grandes etapas:

— Investigativa: historia clínica; examen físico y mental; exploración instrumental especializada y exámenes de laboratorio.

— Judicativa: juicio diagnóstico y pronóstico, genérico (relativo a la enfermedad) e individualizado (relativo a tal sujeto enfermo).

— Operativa: terapéutica, prevención y rehabilitación por medios quirúrgicos, físico-químicos, psicoterapéuticos e intervencionales: educativos o socioambientales.

Reconocemos, en consecuencia, a la historia clínica como uno de los tres componentes fundamentales de la etapa investigativa de la acción médica.

La expresión historia clínica designa tanto un proceso como su expresión final en el expediente médico o ficha clínica. Nos referimos en este capítulo solamente al primer aspecto.

b) Definición

Entendemos por historia clínica el proceso que, generado en el ámbito de la relación médico-paciente, tiene por objeto aportar información sobre hechos patológicos y biográficos rememorados por el enfermo, y que, descubiertos e interpretados por el médico, son considerados relevantes para establecer un diagnóstico e instaurar una terapia.

El hecho de la anamnesis

La finalidad del proceso de historia clínica consiste en la obtención de lo que llamaremos: hechos

de historia clínica o «hechos anamnésticos». Importa sobremanera precisar el estatuto ontológico del hecho anamnéstico, tanto por sus implicancias metodológicas como éticas.

El hecho anamnéstico es en su esencia: conocimiento; y más específicamente: *conocimiento útil*. ¿Para qué? Para dar solución al verdadero problema por el cual el sujeto consulta, en la medida que la solución de ese problema caiga bajo la responsabilidad del médico.

Dos aspectos será entonces necesario precisar en el hecho anamnéstico: su contenido y su veracidad. Esta última: aspiración ingénita de todo conocimiento.

El contenido del hecho anamnéstico se encontrará en estrecha dependencia de lo que el médico, por su formación, considere que pertenece al ámbito de lo que es su responsabilidad (amplitud), de la manera cómo conceptualice los datos obtenidos (formalización) y de la habilidad que tenga el médico para establecer relaciones relevantes entre la información que obtiene y la posible solución para el problema que aqueja al paciente (competencia profesional). Esto último estará determinado por los conocimiento previos del médico, su experiencia acumulada, su dedicación al caso clínico y sus condiciones psicológicas, intelectuales y morales.

En cuanto a la veracidad del hecho anamnéstico, ésta deberá juzgarse tomando en consideración el carácter de verdad práctica que éste tiene. Una expectativa realista deberá fundarse en el adecuado reconocimiento de su particular estatuto ontológico y epistemológico.

En efecto, el hecho anamnéstico viene expresado principalmente en un juicio acerca de una modificación negativa en ese complejo hábito psicosomático que llamamos salud. Ahora bien, para poder emitir ese juicio, el médico debe apoyarse en primerísimo lugar, en el relato del paciente o de sus próximos, y posteriormente sobre algunos elementos confirmatorios. Este relato tiene por parte del paciente una doble mediación: la memoria y la subjetividad; y tiene por parte del médico —como ya vimos— los tres elementos mencionados: amplitud, formalización y competencia.

Lo anterior significa que el hecho anamnéstico no es un simple y directo juicio de realidad, y que poseerá, en consecuencia, toda la complejidad, la fuerza o la debilidad que le otorguen sus mediaciones. Todo el arte y la prudencia del médico estarán dados por la prontitud y habilidad para dar espacio en su espíritu al libre juego de cada una de estas mediaciones asumiéndolas y juzgándolas, guardando un delicado equilibrio entre dos posibles extremos: una angustiante indecisión o un tajante y peligroso dogmatismo. Aplicando a la verdad del hecho anamnéstico lo que Agazzi afirma acerca de la verdad científica, diríamos que se trata de reconocer la relatividad de esta verdad sin caer en el relativismo. Debe tenerse presente que la consideración de un conjunto de datos brutos para constituir un determinado hecho de historia clínica implica por parte del médico una inevitable opción por privilegiar alguno de estos datos y destacar otros.

Esto da al hecho clínico un carácter inevitable de incertitud o precariedad, es decir, en cualquier momento que surjan nuevas evidencias, uno podrá replantearse la veracidad de un hecho afirmado previamente, en base a datos incompletos o erróneamente categorizados. De ahí que el médico deba tomar conciencia de que en la gran mayoría de los casos él trabaja con una certitud que se semeja más a una certitud de tipo moral que a una de tipo científico.

a) Las motivaciones del enfermo

Dado que el conocimiento que aporta el hecho anamnéstico debe estar supeditado al imperativo de la utilidad, resulta en extremo importante, para que esta finalidad se cumpla, el precisar, tan pronto como sea posible, cuales son las verdaderas motivaciones que llevan al enfermo a consultar. Esto ahorrará mucho tiempo y evitará frustraciones de una parte y de otra a causa de malos entendidos. Esta motivación surgirá en el mejor de los casos explícita y verídicamente del paciente, pero muchas veces será necesaria una cuidadosa investigación para descubrir las verdaderas motivaciones y expectativas, las que pueden ocultársele, inclusive, al paciente mismo. En los últimos años han aparecido diversos estudios en los cuales se examinan las motivaciones ocultas de los pacientes —sean estas conscientes o inconscientes— y se sugieren los modos más adecuados de descubrirlas (Barsky, 1981; Torreblanca, 1972). También son de gran utilidad en este sentido los estudios empíricos sobre las expectativas de los individuos en relación con la atención médica, evaluadas directamente por medio de encuestas o indirectamente por el grado de satisfacción (Goig et al., 1985).

El énfasis que se ponga en el esclarecimiento de tales o cuales hechos anamnésticos se encontrará necesariamente influenciado por la orientación que uno dé a la atención médica. Orientación que viene altamente determinada por las motivaciones y expectativas del paciente.

b) Las motivaciones del médico

También la acuciosidad con la que se investigarán ciertos hechos anamnésticos y la prioridad de unos sobre otros estará condicionada por las motivaciones personales del médico en la toma de la historia clínica.

La priorización en la atención médica del interés por la investigación científica tenderá a resaltar los hechos biológicos o psicológicos que tengan relación con el campo de estudio propio, descuidando aspectos personales o socioculturales de la enfermedad. Cuando la prioridad esté dada por el aspecto económico, se prestará mayor atención a aquellos hechos susceptibles de generar acciones económicamente rentables. Son numerosas las motivaciones dominantes o accesorias que pueden interferir en el establecimiento de los hechos anamnésticos; algunas legítimas, otras malsanas. Además de las mencionadas, y no intentando ser exhaustivos: —el deseo de ayudar, —la búsqueda de prestigio profesional y humano, —el deseo de enseñar, —la curiosidad intrascendente, —la curiosidad libidinosa, —el cumplimiento de un deber funcionario, —el afán de dominio. De la sola descripción fenomenológica surge a las claras la necesidad de una ética que regule estas motivaciones en orden a un adecuado establecimiento de los hechos anamnésticos.

c) La ética en la obtención de la historia clínica

De acuerdo con lo expuesto examinaremos en primer lugar: la ética de los factores que influyen intrínsecamente en el hecho anamnéstico obtenido, para examinar a continuación: la ética de los factores que influyen extrínsecamente en la obtención de los hechos de historia clínica.

1. Factores que afectan intrínsecamente a la obtención de la historia clínica

Amplitud del campo de la responsabilidad médica: El justo medio a alcanzar se encuentra entre una consideración excesivamente restrictiva de la responsabilidad médica, basada generalmente en una consideración biologicista del hombre enfermo, y una extensión inmoderada de esta responsabilidad, derivada frecuentemente de una mentalidad hedonista, que exige que todas las aspiraciones deban ser colmadas, elevándolas de modo indiscriminado a la categoría de derechos, por el solo expediente de ser libremente reivindicadas. Enunciado positivamente: nos parece que lo que directa o propiamente cae en el ámbito de la responsabilidad médica es todo lo que se refiere a la enfermedad de la persona —entendida como privación del hábito psicosomático de la salud— en orden a su alivio, curación y prevención. En lo que se refiere a las consecuencias de la enfermedad, la responsabilidad médica es indirecta (ej: esterilidad conyugal, ceguera, invalidez, divorcio, suicidio), siendo su rol más propio la acción preventiva. Las acciones paliativas o sustitutivas (ej: prótesis, fecundación asistida, psicoterapia como «yo auxiliar») no pertenecen en rigor al campo de la Medicina. El médico, por sus conocimientos y destrezas, puede prestar su colaboración, en la medida en que sus acciones no atenten contra la integridad psíquica y moral de las personas o de las familias. En otras circunstancias el médico actúa en cuanto conocedor de la biología humana (ej: regulación de la natalidad, educación). Esta actuación es lícita, pero en ningún caso obligatoria, y excluye toda manipulación de los procesos naturales. Por último, el médico debe saber reconocer las consecuencias morales de las enfermedades psíquicas, así como también las consecuencias psíquicas y somáticas de las opciones éticas; de este modo, sin perder su especificidad y haciendo uso de una extrema delicadeza, deberá incluir también esta dimensión en su campo de exploración.

Formalización de los datos obtenidos: Nos parece que toda la variada gama de datos que el médico examina y que son útiles para el ejercicio de la Medicina pueden reducirse a cuatro esferas fundamentales: biomédica, psicológica, sociocultural y ética. En cada una de estas esferas los datos brutos serán conceptualizados de

acuerdo a la perspectiva formal de cada una de estas disciplinas. A la perspectiva biomédica corresponde la clásica formalización en síntomas, signos y síndromes, y ésta es la perspectiva para la cual estamos más entrenados. Hasta hace pocos años era la sola perspectiva de análisis que las Facultades de Medicina transmitían a sus alumnos de manera formal, con la casi única salvedad de los contactos esporádicos con la esfera psicológica a través de la Psiquiatría. Inclusive, una indebida hegemonía de la preocupación científica en las Facultades de Medicina ha conspirado en contra de una sólida formación semiológica y clínica.

No existe en las perspectivas restantes nada comparable, ni en madurez conceptual ni en la pervivencia histórica, a la estructuración semiológica y sindromática de la perspectiva biomédica de la enfermedad. Se percibe, sin embargo, en los últimos años, un significativo progreso tanto desde el punto de vista teórico como también de las realizaciones prácticas.

En la esfera psicológica, la proliferación de escuelas ideológicas atenta contra un consenso en lo teórico. Como contrapartida, muchas de las divergencias se desdibujan cuando la enseñanza se centra en la solución de problemas concretos. Los conceptos de personalidad, inteligencia, afectividad, cuando son aprendidas empíricamente, hacen a muchas divergencias teóricas irrelevantes, aportando al médico un conocimiento práctico de gran utilidad. En la esfera sociocultural, se está dando cada vez más un justificado énfasis tanto al desarrollo de las habilidades relacionales de los médicos, como también a una profundización de los datos aportados por la sociología médica y la antropología cultural. El rápido diagnóstico —por ejemplo— de una interpretación mítico-mágica de la enfermedad por parte del paciente o sus familiares se revelará como crucial en el desarrollo de la relación médico-paciente. Descubrir este hecho anamnéstico es tarea de la historia clínica.

En lo que se refiere a la formalización ética de los datos de la historia clínica, se están desarrollando una multiplicidad de esfuerzos tendentes a proveer a la práctica y a la enseñanza médica de modelos concretos en respuesta a los acuciantes y cada vez más complejos problemas éticos (Lo y Schroeder, 1981; Drane, 1988). Bajo una diversidad de estilos y de enfoques se percibe una estimulante concordancia en cuanto a la necesidad de estas tentativas y en cuanto a la apertura para enriquecerse con distintas experiencias. Específicamente en cuanto a la historia clínica, el médico debe desarrollar la capacidad para reconocer la especificidad de la dimensión ética de la práctica médica, para identificar los problemas que surgen y para conceptualizarlos en términos formalmente éticos.

El desarrollo de los fundamentos teóricos: epistemológicos, antropológicos y éticos, de este enfoque integral de la práctica médica, al igual que su aplicación en modelos concretos para la solución de problemas ético-clínicos y para la enseñanza de pregrado y de postgrado, constituye desde hace un tiempo la preocupación esencial de nuestra Unidad de Bioética en la Universidad Católica de Chile. El imperativo ético personal en este ámbito consiste en adquirir las capacitaciones intelectuales y morales necesarias para descubrir todos los hechos relevantes en el ejercicio de una Medicina integral.

Competencia profesional: En cuanto se refiere a la historia clínica conviene destacar a este complejo tema dos aspectos muy ligados entre sí: el estudio casuístico y la experiencia. La Medicina es una ocupación eminentemente práctica y, a diferencia de la ciencia, su objetivo no es el descubrimiento de la ley general a través de los casos particulares, sino a través de la ley general llegar a la solución para los casos individuales. Esto significa que, además de la capacitación necesaria para formalizar según leyes generales ciertos hechos individuales, el médico debe ir cultivando su memoria y su imaginación para poder conservar, rememorar y combinar multitud de caracteres individualizantes que contribuyan a evocar por medio de asociación casos semejantes vistos personalmente (experiencia) o imaginados y memorizados (estudio casuístico) en base a relatos de terceros. Las consecuencias éticas de este hecho son: el deber de adquirir una experiencia personal suficiente antes de emprender el ejercicio autónomo de la profesión; la necesidad de aplicarle al estudio casuístico, muchas veces menospreciado por una deformación cientifista; la humildad para pedir la opinión de colegas más experimentados, más estudiosos o más imaginativos que nosotros.

Por otra parte conviene subrayar que las posibilidades que tengamos de descubrir un hecho

anamnéstico de relevancia, al interior de un conjunto de datos muchas veces abigarrados y confusos, dependerá de la intensidad con la que nos aboquemos al caso. Esto entendido no sólo como una medida de tiempo, sino también, y sobre todo, como una medida de la concentración y del esfuerzo desplegado.

Carácter mnémico de los datos: El reconocimiento de que la casi totalidad de los datos aportados en la entrevista médica se refieren a hechos pasados, registrados en la memoria y posteriormente rememorados, obliga a ser cautos en cuanto a la consideración de la fidelidad del relato. Por otra parte, este reconocimiento exige al médico procurar las condiciones óptimas de: tiempo, comodidad, privacidad y confianza, que faciliten al máximo el acto de rememoración. No se encuentra ausente de esto el aprendizaje de técnicas de entrevista que faciliten la reminiscencia, lo que es particularmente válido en el campo de la Psiquiatría y en el del variado grupo de las enfermedades psicosomáticas. Estas herramientas deben, sin embargo, ser manejadas con competencia y tino, dada la intensidad de las reacciones afectivas que movilizan y la radicalidad con la cual el paciente expone su intimidad. El secreto médico y la limitación de la indagación a lo que más estrictamente tenga relación con la enfermedad son aquí de la máxima importancia. Por otra parte, el excesivo recato para explorar la intimidad, cuando es necesario, puede ser igualmente dañino.

El tamiz de la subjetividad: Más allá de la circunstancia de ser hechos memorizados, la subjetividad del paciente condiciona muy importantemente el relato de los hechos anamnésticos. Ya sea por interferencias en el nivel de la memorización misma, como también por el modo como el paciente jerarquiza una serie de eventos por relación a su patología. Aun cuando es cierto que esto representa una dificultad en cuanto al conocimiento fidedigno de los hechos, también es cierto que muchas veces el modo mismo como el paciente establece las prioridades y las características del relato nos resultan instructivos y en ocasiones decisivos. Esto implica en términos prácticos que en la entrevista clínica deberá guardarse un delicado equilibrio ente el interrogatorio dirigido y el escuchar atentamente el relato espontáneo del paciente.

2. *Ética de los factores que afectan extrínsecamente a la obtención de la historia clínica*

Las motivaciones del enfermo: Aquí la norma ética consiste en no dejar que la atención médica se desnaturaliza por acoger motivaciones ilegítimas por parte del paciente.

En los casos de franca simulación, el medico suele estar desamparado, ya que asume en principio la buena fe. La posibilidad de fraude, sobre todo en ciertos pacientes o en ciertas patologías, obligará a tener algunas cautelas y a extender el interrogatorio. Sin embargo, existe el peligro de que ante un paciente de buena fe, éste se percate de nuestras prevenciones y se lesione la confianza de la relación médico-paciente quizás de forma irreparable. Creemos que es preferible correr el riesgo de ser engañado por algunos, antes que adoptar una postura de desconfianza que los afecte a todos.

En lo que se refiere a motivaciones explícitas, la aplicación de la norma aparece clara en los casos extremos; por ejemplo: la solicitud de atención en una fractura expuesta, aparece de toda evidencia como una motivación lícita, mientas que claramente lo opuesto ocurre ante una petición de licencia médica no justificada. Sin embargo, constatamos hoy en día la presencia de un amplio campo de motivaciones variadas por las cuales los pacientes acuden a los médicos, en las que no resulta fácil discernir dónde se sitúan los límites de su responsabilidad. Por ejemplo, una gran cantidad de personas acuden hoy al médico a consecuencia del aislamiento social: «ellas no se sienten cuidadas, valorizadas o estimadas, y buscan consejo, estímulo interpersonal y tener una sensación de pertenencia y apoyo que el sistema de salud provee» (Barsky, 1981). Otras personas consultan fundamentalmente por la necesidad de una cierta información o también luego de una grave alteración emocional o por una sobrecarga en las exigencias laborales o de adaptación al medio.

En términos prácticos creemos que esta realidad, que tiene causas muy variadas —la mayor parte de ellas incontrolables por el médico—, debe ser asumida como tal: un hecho establecido sin visos de modificación a corto plazo. Ante estas circunstancias la primera gran tarea del médico debe ser el intentar identificar precozmente estos motivos «espúreos» de consulta, con el fin de evitarle al paciente riesgos y costos innecesarios. La batería de exploración médica junto con haber aumentado su potencia diagnóstica, ha incremen-

tado también la posibilidad de dañar y la magnitud de sus costos.

No sólo debe evitarse la iatrogenia física y económica, sino también la iatrogenia psicológica, que consiste en la medicalización inútil de problemas no específicamente médicos. Esta iatrogenia psíquica tiende a crear en le enfermo entidades nosológicas inexistentes. Es de lamentar en este sentido la acción de médicos inescrupulosos que explotan la «medicalización» de ciertas molestias banales o la «hipermedicalización» de afecciones reales con exclusivo fin de lucro. Es evidente que ciertas organizaciones de la atención de salud a nivel nacional favorecen más que otras la aparición de estos excesos. La toma de conciencia de esta realidad por parte de la opinión pública y de los entes financieros están generando un serie de conductas que conspiran gravemente contra la necesaria confianza de la relación médico-paciente. Ante estas circunstancias, lo más razonable parece ser la clara explicación por parte del médico de sus conclusiones y de sus intenciones. En ocasiones convendrá manifestarle claramente al paciente que uno ha percibido sus resquemores, e intentar resolverlos, antes de insistir en una historia clínica en la que se percibe que no están dadas las mejores condiciones.

En lo que se refiere a nuestro propósito pensamos, en término generales, que la acogida del médico a estas solicitudes no es en ningún caso ilegítima, sin embargo, el marco en el cual se hará esta acogida debe ser muy bien precisado a fin de no desnaturalizar lo específico de la atención médica. Los datos aportados por el paciente, debidamente formalizados, junto con las motivaciones y los acuerdos que se establezcan entre paciente y médico, deberán ser considerados hechos anamnésticos, bien que lo sean de un modo derivado o secundario.

Las motivaciones del médico: Dado que la Medicina como actividad humana surge como un imperativo ético de ayudar al semejante enfermo. Imperativo que se planteó en los comienzos en términos de amor gratuito de misericordia y al que hoy se le agrega para el profesional calificado una obligación de justicia. Resulta evidente que la motivación que debe primar por sobre toda otra consideración, durante el proceso de la toma de la historia clínica, debe ser el propósito de ayudar al semejante enfermo. Esta consideración deberá situarse muy por sobre cualquier otra motivación legítima, como puede ser: el obtener una justa remuneración por su trabajo, el descubrimiento de una verdad científica, el enseñar a un estudiante, o aun el obtener una información que pudiese ser útil para el bienestar de un tercero. Esta primacía del bien del enfermo obligará a indagar una multiplicidad de circunstancias personales, que en principio no son específicamente médicas y que muchos profesionales aún consideran como extrañas a su profesión. Esto último, error conceptual grave, ya que estos datos adquieren formalidad específicamente médica (extrínseca), al ser puestos en relación, ya sea con la génesis, con el diagnóstico o con el tratamiento de la enfermedad. Estamos lejos de la deformación decimonónica en que la función casi exclusiva del médico consistía en el diagnóstico clínico y anátomo-patológico. Hoy en día, nuestros enfermos tiene derecho a esperar algo más que los vieneses no acomodados del siglo pasado, quienes debían sentirse ya suficientemente honrados de ser «muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky» (Laín Entralgo, 1983).

Bibliografía

BARSKY, A. J.: «Hidden reasons some patients visit doctors», en *Annals of Internal Medicine*, 94, 4, 1981, pp. 492-498.

DRANE, J. F.: «Ethical workup guides clinical decision making», en *Health Progress*, diciembre 1988, pp. 64-67.

ENGEL, G. L.: «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», en *Science*, 169, 1977, p. 129-136.

GOLDFINGER, S. E.: «The problem-oriented record: a critique from a believer», en *The New England Journal of Medicine*, 288, 12, 1973, pp. 606-608.

KLEINMANN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B.: «Culture, Illness and Care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research», en *Annals of Internal Medicine*, 88, 2, 1978, pp. 251-258.

LAÍN ENTRALGO, P.: *La relación médico-paciente*, Madrid, Alianza Universidad, 1983.

Antropología médica, Barcelona, Salvat, 1984.

LO, B.; SCHROEDER, S. A.: «Frequency of ethical dilemmas in a medical patient service», en *Archives of Internal Medicine*, 141, 1981, pp. 1062-1064.

TORREBLANCA, J.: «Relación médico-paciente», en *Revista de Medicina de Chile*, 100, 1972, pp. 303-313.

VUKUSIC, A.; VALDÉS, S.: «La ficha clínica orientada por problemas. Fundamentos de su aplicación en enfermos críticos», en *Revista de Medicina de Chile*, 116, 1988, pp. 1070-1074.

18. EL SECRETO MÉDICO

J. Gisbert Calabuig

Introducción

Según el Diccionario de la Lengua española, en su vigésima edición, secreto es lo que «cuidadosamente se tiene reservado y oculto»; significa lo mismo que «reserva» o «sigilo», es decir, aquello que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás. Atendiendo a las causas que obligan a guardar el secreto se pueden distinguir los siguientes tipos:

1. *Secreto natural*: La misma naturaleza del hecho de que se trata exige la reserva por tratarse de defectos, faltas graves o cualquier otra cosa que pueda dañar al prójimo en la honra, la estimación o los bienes. Como consecuencia, no se requiere ningún contrato, expreso o tácito, para dar cumplimiento a esta reserva.
2. *Secreto prometido*: Es aquel que obliga en virtud de una promesa hecha; su denominación obedece a que la obligación de mantenerlo proviene de una «promesa» libremente otorgada, por lo que su incumplimiento representaría la ruptura de ésta y en el autor una falta contra el honor y la sinceridad
3. *Secreto pactado o encargado*: Es el exigido por la persona que lo confía; obliga en virtud de la voluntad expresa del que lo ha confiado y de un pacto-contrato con que se compromete el que lo recibe a no revelarlo.

Cuando el pacto o contrato, explicito o implícito, procede del ejercicio de una profesión se habla de *secreto profesional*, el cual surge de una promesa tácitamente formulada, antes de recibir una confidencia, por una persona destinada por su cargo o profesión a recibir aquel género determinado de revelaciones.

El secreto profesional ha surgido como consecuencia de una serie de normas morales, históricas y escritas algunas, transmitidas otras por la tradición y la costumbre. Representa una garantía social y es indispensable en la práctica para muchas profesiones y oficios. Una de sus variedades es el *secreto médico*, resultante de la aplicación de la doctrina de aquel a la profesión médica. En su sentido más estricto, obliga al médico a no comunicar a nadie lo que haya visto o escuchado con ocasión de la intima relación mutuamente aceptada entre el médico y el enfermo, que ha puesto abiertamente en conocimiento del primero su cuerpo y su espíritu.

El secreto médico nace de la libre confianza, de la libre entrega del enfermo a su médico, sin interpolación de ninguna otra persona, de ninguna otra potestad. Puede definirse como *la obligación debida a las confidencia que el médico recibe de sus clientes, como médico, hechas con vista a obtener cualquier servicio de los que integran esta profesión.*

Fundamento moral del secreto médico

El papel fundamental del médico consiste en curar o aliviar al enfermo, lo que lleva implícito una idea de responsabilidad en el tratamiento de la enfermedad y en la prevención de la misma. Para cumplir con estos requisitos, la sociedad otorga al médico ciertos privilegios, como son el acceso a los aspectos más íntimos del enfermo, tanto en lo que concierne a su persona física como a su personalidad psíquica, a sus pensamientos, ideas o secretos.

El secreto profesional médico deriva de la existencia de la intimidad de la persona y del hecho de que el hombre es un ser social. La necesidad nacida del instinto natural de conservación lleva al hombre enfermo a consultar a otro hombre mejor dotado que él para que le ayude a buscar la curación, el médico. Pero entiende justamente que ésta le será más fácilmente proporcionada si se confía plenamente, si hace entrega de su intimidad.

Ésta es, en efecto, la única forma viable para que el médico pueda ayudar al paciente. Pero, si todo privilegio acarrea responsabilidades, también el privilegio que la condición de médico confiere en su relación con los pacientes tiene cargas morales derivadas de que en ocasiones el médico se ve presionado a suministrar información obtenida en el curso de la relación médico-paciente. Así se producen en la práctica numerosos conflictos de difícil solución y que ponen a prueba el buen juicio del médico.

Desde los tiempos de Hipócrates se ha reconocido la obligación del médico de preservar los secretos del paciente, debido a que para estimularle a que hable con entera libertad de sus síntomas, hábitos y actividades, es necesario asegurarle que sus secretos no serán revelados sin su previo consentimiento. Con todo, este deber no es absoluto, y de hecho los Códigos de Ética Médica prohíben al médico la revelación de los secretos del paciente, «a menos que sea necesario con el fin de proteger la salud o bienestar del individuo o de la comunidad».

Entre los textos más importantes que regulan las normas morales relativas al secreto profesional médico figuran el Juramento Hipocrático, la Declaración de Ginebra, el Código Internacional de Ética Médica y los Códigos de Deontología Médica vigentes en la mayor parte de los países.

Fundamento legal del secreto médico

El secreto médico encuentra su fundamento legal en la propia existencia de la relación médico-paciente que da nacimiento a un contrato tácito, o en el lenguaje jurídico a un *cuasi-contrato*, ya que le falta el substrato de su expresión escrita. En términos sencillos se trata de un hecho lícito y puramente voluntario del que resultan obligados cada uno de los integrantes de aquel binomio (médico y enfermo) con el otro; se da lugar así a un compromiso recíproco entre los interesados. Como en todos los contratos se da una obligación de justicia que se fundamenta en:

1. Por parte del médico, por el hecho de abrazar y ejercer una profesión que, en interés del enfermo y de la sociedad, reclama el secreto. Tal condición de índole general, se refuerza por el hecho de aceptar la asistencia de un determinado paciente.
2. Por parte del enfermo, por la circunstancia de acudir al médico y de someterse a su tratamiento.

Algunos autores (Payen, 1944; Cuyás Matas, 1967 y Martí-Mercadal y Buisán Espeleta, 1988), aun admitiendo que el secreto constituye un contrato tácito entre paciente y médico, destacan su condición de requerimiento social, lo que le proyecta más allá para convertirse en un contrato médico-sociedad, en el que el paciente, aun siendo un elemento necesario del contrato, deja de ser una de las partes contratantes. Como dice Payen, «es la sociedad quien tiene derecho al secreto; el secreto es de índole pública». En el mismo sentido, Cuyás Matas afirma que «el interés por el secreto médico es más social que individual, para que exista un clima de confianza que facilite la necesaria apertura del paciente..., es decir, que la observancia del secreto médico viene exigida por el bien común o de la sociedad».

La naturaleza contractual de la obligación del secreto sitúa a éste en el campo del derecho privado. Así ocurre en España, en donde el secreto médico carece de protección en el ordenamiento jurídico punitivo o penal. Hay en nuestro país una clara laguna legal que se evidencia al comparar nuestra legislación con las de otros países integrantes del mundo occidental e incluso del Este y de Latinoamérica, que han consagrado en sus legislaciones la inviolabilidad del secreto profesional y castigan su quebranto. Bien entendido que la prohibición legal de revelar el secreto profesional nunca es absoluta, sino que está condicionada a que la revelación de la confidencia o del secreto se haga *sin justo motivo*. En virtud del principio del justo motivo se configura la posibilidad de revelar un secreto en tres circunstancias:

a) por haberlo autorizado el confidente;
b) en el caso del secreto profesional compartido;
c) por mandato de la ley.

En el derecho positivo penal español no figura ninguna norma, ni siquiera por analogía, que regule este derecho del paciente y deber del médico.

El único precedente jurídico relativo al secreto médico se remonta al Código Penal de 1822 (elaborado dentro del trienio liberal 1820-23), cuyo capítulo VI del título V, se refería a «Los que violan el secreto que les está confiado por razón de su empleo, cargo o profesión pública que ejerzan...» y cuyo artículo 24 disponía:

«Los eclesiásticos, abogados, médicos, cirujanos, boticarios, comadronas, matronas o cualesquiera otros que habiéndoles confiado un secreto por razón de su estado, empleo o profesión, lo revelen, fuera de los casos en que la ley lo prescriba, sufrirán un arresto de dos

meses a un año y pagarán una multa de treinta a cien duros.»

Este Código penal fue derogado por la monarquía absoluta de Fernando VII, a partir de lo cual el legislador, pese a no ignorar las consecuencias que puede tener en la práctica médica, deja de proteger penalmente el secreto médico, con lo que se viola uno de los derechos fundamentales de la persona, que posteriormente será protegido por la Constitución de 1978, en sus artículos 18, 20 y 36: el derecho a la intimidad y al secreto profesional:

«Art. 18, 1.° Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen...

4.°: La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.»

«Art. 20. Se reconoce y protege el derecho a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al *secreto profesional* en el ejercicio de estas libertades.»

«Art. 36. d. La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas».

Falta aún desarrollar estas normas generales, en lo que se refiere al punto concreto del secreto profesional médico y al uso de la informática. En consecuencia, hay una situación paradójica entre lo que establece la Constitución y la legislación anterior, pero aún vigente. Más adelante nos referiremos a la normativa general relativa al secreto médico y como apéndice se incluirán al final algunas de las más importantes disposiciones, de alcance meramente administrativo, que lo contemplan.

Objeto del secreto

El objeto del secreto es todo aquello que llega a conocimiento del médico en el ejercicio de su arte. Por tanto, se extiende no sólo a lo que le dicen al médico, sino a cuanto ve y conoce, aun cuando el enfermo no hubiese querido que se hubiera producido ese conocimiento. No se ciñe, por consiguiente, el objeto del secreto a lo que el enfermo dice, a lo que confía; sino que se extiende a lo que el médico ve, a lo que deduce y a todas las circunstancias, dado que en el curso de la actividad asistencial el médico no se limita a saber lo que dice el enfermo; sabe también lo que ve y lo que busca, por lo que no puede haber diferencia entre lo que el paciente dice al médico y lo que el médico descubre.

En síntesis, pues, los elementos incluidos en el secreto médico son:

1. La naturaleza de la enfermedad.
2. Las circunstancias que concurran en ésta y que, de revelarse, puedan acarrear cualquier tipo de perjuicio, moral o material, al enfermo o a sus allegados.

Esta valoración ya fue entrevista por Hipócrates en su Juramento y destacada por Brouardel, quien especificaba que dentro del secreto médico se incluye, no sólo lo que se haya confiado al médico, sino también todo lo que éste haya visto, oído o comprendido con ocasión de sus servicios profesionales.

Extensión del secreto médico

El tipo de medicina que se ejerce actualmente obliga, de una forma inevitable, a que el contenido del secreto médico trascienda del profesional directamente encargado de la asistencia del paciente, extendiéndose a un cierto número de personas que colaboran con aquél en su labor asistencial. La asistencia médica tal como se realiza en nuestros días en los centros sanitarios, hace incomprensible el consejo que daba Pércival en 1803: «Los pacientes deben ser interrogados en un tono de voz que no pueda ser oído ni por azar». El secreto médico, en el sentido tradicional entendido por médicos y pacientes desde el Juramento Hipocrático, no existe en la medicina en equipo, que es la que se ejerce en los centros sanitarios.

Se ha contabilizado el número de personas que establecen contacto con un paciente quirúrgico, al que se interviene por un proceso que podríamos llamar banal (hernia inguinal, por ejemplo) en un hospital de 300 camas, y que por ello se hacen conocedoras necesaria o innecesariamente de aquella patología. Si se ha tratado de un proceso con un preoperatorio y postoperatorio normales, un mínimo de 64 personas habrán llegado a tener conocimiento de su patología; número que se incrementa notablemente si ha habido cualquier complicación. La medicina de equipo, por su pluralidad facultativa (titular, ayudantes, docentes, personal auxiliar...) impide la posibilidad de una rigurosa reserva.

En esta extensión del secreto médico se pueden distinguir dos formas:

1. *Secreto compartido*: es aquel en el que existe la necesidad de que su contenido sea conocido por varias personas en beneficio de la colaboración requerida para llegar al adecuado tratamiento asistencial. Participan de este secreto compartido los médicos consultores, ayudantes, residentes y colaboradores del médico en su actuación profesional (practicantes, ATS, diplomados de Enfermería, matronas, enfermeras).

2. *Secreto derivado*: con este nombre se conoce al que es consecuencia inevitable de la complejidad administrativa que tienen actualmente los centros asistenciales, lo que da lugar a que personal no directamente implicado en la actividad asistencial, que carece de cualificación profesional sanitaria (secretarias, técnicos, personal administrativo en general), tienen, sin embargo, que conocer del proceso patológico y de su evolución, aunque no lo desearan.

Tanto en uno como en otro caso, esas personas a las que el médico comunica sus observaciones, unas veces por conveniencia del enfermo, pero otras por obediencia a la ley o al espíritu del contrato que les une al centro asistencial, se encuentran igualmente obligadas por un deber profesional de discreción. Lo que no deja de crear ciertas dificultades, sobre todo cuando se trata de pacientes cuya asistencia se ha realizado a cargo de las instituciones sanitarias oficiales y que, al objeto de una pretendida mayor eficacia de sus servicios, se ven desasistidos de su derecho a que se les guarde la reserva de su intimidad.

Evolución del secreto médico

En la evolución del secreto médico pueden distinguirse tres épocas:

Época mitológica: La Medicina es ejercida por sacerdotes y éstos tienen la obligación sagrada de guardar secreto. Pero éste se refiere más a los conocimientos médicos contenidos en los libros sagrados que a las enfermedades o confidencias de los consultantes.

Época antigua: La Medicina se ha secularizado y los médicos seglares, con mucho de filósofos en su formación, adquieren la noción de la trascendencia social del secreto. Esto se concreta históricamente en el Juramento de Hipócrates que debía formular los neófitos al dedicarse a la profesión médica y que, en lo relativo al secreto médico, decía:

«Lo que en el ejercicio de la profesión, y aun fuera de ella, viere u oyere acerca de la vida de las personas, *y que no deba alguna vez ser revelado*, callaré, considerándolo secreto».

Como puede verse, ya está en él contenida una salvedad que empieza a marcar la relatividad del secreto.

Época moderna: El Juramento Hipocrático sigue conservado en las civilizaciones antiguas, en las que la Medicina ha mantenido las tradiciones helénica y romana. Aún en el siglo XVI figuraba en los estatutos de la Facultad de Medicina de París: *«Aegrorum arcana, visa, audita intellecta, eliminent nemo»*.

Sin embargo, poco a poco, dos tesis vienen a dividir a los médicos al interpretar el secreto profesional: la del secreto médico absoluto y la del secreto médico relativo.

a) Secreto médico absoluto

Como se acaba de decir, desde los tiempos de Hipócrates se ha reconocido la obligación del médico de preservar los secretos del paciente. Y es que para estimular a este último a que hable con entera libertad de sus síntomas, hábitos y actividades, es necesario asegurarle que sus secretos no serán revelados sin su consentimiento.

Los partidarios de la tesis del secreto médico absoluto asimilan este deber con el sigilo sacramental o secreto de confesión. Y ello en todas las circunstancias y cualquiera que sea la causa o motivo que induzcan a la revelación. El paladín máximo de esta tesis fue Brouardel, quien la resume en la siguiente fórmula: «Silencio siempre y a pesar de todo» y para quien la respuesta «lo considero confidencial» era la única permitida en el médico al ser interrogado por cualquier autoridad o particular acerca de un hecho referente a un cliente.

La teoría del secreto médico absoluto se halla establecida sobre el interés individual, y en este sentido cumple una función social. Pero, como las demás modalidades del secreto profesional, es de orden general y público.

El secreto médico absoluto es una utopía, puesto que la vida en sociedad impone obligaciones y su consecuencia ineludible: el conflicto de intereses entre los derechos del paciente y los derechos de otros, sean el Estado, la salud pública, la justi-

cia o la institución empleadora o aseguradora del paciente. Cuando del mantenimiento del secreto con carácter absoluto puede derivarse un perjuicio para los intereses sociales, no puede prevalecer la conveniencia privada.

De este conjunto de dificultades ha derivado la tesis de la relatividad del secreto médico.

b) Secreto médico relativo

El secreto médico es de tradición hipocrática y, aunque su formulación es clara y simple, no lo es desafortunadamente su aplicación. Esta tradición profesional es el reflejo de una necesidad profunda del acto médico: lograr y mantener la confianza del paciente.

La sociedad actual, consciente de la gran responsabilidad que pesa sobre ella y de la imprescindible aportación que necesita de la clase médica para hacer posible el cumplimiento de sus obligaciones, declara la obligación moral de guardar el secreto médico, pero limitándola en términos genéricos por la posibilidad de que, por mantenerla, provenga grave daño social, en cuyo caso el interés público es el que priva y el secreto debe ser revelado.

El siguiente enunciado de problemas pone de relieve la existencia de un profundo antagonismo entre el sostenimiento del secreto médico y los requerimientos de la vida social contemporánea: la protección de la salud pública a través de la declaración de enfermedades infecciosas; la declaración de nacimiento y la de defunción: la de ciertas enfermedades mentales que puedan ser causa de daños sociales sin responsabilidad; en los accidentes cuando la causa no sea fortuita y exista una responsabilidad, para evitar un nuevo accidente con una nueva víctima por la misma causa; en las enfermedades profesionales o de causa tóxica (excluido el suicidio) por análogos motivos. En todas estas circunstancias la revelación no sólo es justa, sino que debe ser obligada para evitar graves daños sociales.

Con todo, hay que tener en cuenta una justa escala de valores. El secreto es, al tiempo, un bien individual y un bien social, rectamente equilibrados, y nunca hay que caer en la trampa de que el bien común sea el bien de una colectividad más o menos numerosa. Esto tiene un máximo interés en una época de una medicina tan socializada como la nuestra. La organización de una seguridad social, por ejemplo, no puede significar en aras del bien común la pérdida de la intimidad en todos los casos. La economía o la estadística económica no pueden justificar una revelación de secretos, ya que el beneficio colectivo queda tan lejanamente diluido que no justifica el removimiento de otro bien más evidente y también colectivo, cual es el secreto profesional.

Hay que tener siempre presente que la confianza del hombre hacia el médico es asimismo un bien común, basado en la garantía del secreto; y también lo es que el médico cumpla el deber de guardar secreto, no violando el derecho de preservación de la intimidad del paciente.

El grave inconveniente de la teoría del secreto médico relativo es la vaguedad de la fórmula general, que dificulta extraordinariamente su aplicación a los múltiples y difíciles problema que se suscitan en la práctica, exponiéndolo a interpretaciones personales que lo neutralizan a menudo. La condicional del Juramento Hipocrático que limita la obligación del secreto médico a aquello que *«no tenga necesidad de ser divulgado»*, es buena prueba de la dificultad de la tesis del secreto médico relativo, que queda siempre al juicio de la conciencia del médico que ha de determinar en última instancia hasta qué límite debe conservar el secreto, es decir, cuándo debe o puede vulnerarlo.

Una fórmula para ayudarle en las situaciones difíciles es la derivada de la respuesta que se dé a estas dos preguntas:

1. *¿Al revelar el secreto, beneficio al paciente?* Cuando la respuesta es positiva, la revelación se hace necesaria, dado que el médico debe velar por el beneficio del paciente, de forma específica en lo que concierne a su salud.

2. *¿Al revelar el secreto, hay un beneficio social cierto?* Hay que hacer hincapié en lo de *cierto*, no siempre fácil de establecer.

Las evidentes dificultades en establecer reglas que decidan cuándo el secreto debe ser mantenido y cuándo debe ser vulnerado han dado lugar a las diferencias que se marcan en los distintos países en su apreciación y legislación. En síntesis, puede afirmarse que en general predomina la tendencia relativista, aunque cargando sobre el médico un cierto grado de responsabilidad si la revelación se acreditara como no justificada.

Regulación legal del secreto médico en España

La regulación más detallada y precisa del secreto médico en nuestro país fue establecida por la

Asamblea de Presidentes y Consejeros de los Colegios Médicos, celebrada el 7 de abril de 1978, al aprobar un texto de Código Deontológico que, un año más tarde, el 23 de abril de 1979, era ratificado por el ministro de Sanidad y Seguridad Social. En este texto se dedica un capítulo entero al secreto profesional del médico, donde se analizan con detalle todas sus implicaciones deontológicas. De la misma manera, el Colegio de Médicos de Barcelona aprobó para sus colegiados unas Normas de Deontología, cuyo capítulo III está dedicado al secreto profesional. En 1988 la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado del Consejo General de Colegios Médicos de España propuso una actualización del Código Deontológico, que afecta asimismo al secreto médico, pendiente aún de aprobación por el Consejo.

Pero, en este apartado vamos a referirnos a la legislación general y a las referencias que en ella pueden encontrarse respecto de la obligación de conservar el secreto profesional médico y a las responsabilidades que de ello puedan derivarse. Estas disposiciones están dispersas en diversas normas legales, que resultan a veces contradictorias entre sí.

En efecto, ciertas disposiciones de diferente rango regulan la obligatoriedad de transmitir conocimientos derivados del ejercicio de la profesión, de cumplimiento preceptivo, pudiendo incurrir en sanción en caso de inobservancia. En otros casos no existe ninguna justificación para comunicar el secreto médico, por lo que si de este hecho se derivara algún daño o perjuicio para el paciente, éste podría iniciar un litigio en demanda de la pertinente reparación. Existen, por último, situaciones conflictivas en las que el médico debe asumir la responsabilidad de decidir si el mantenimiento del secreto puede repercutir en daño ajeno y, en este caso, quién es la persona más idónea para recibir la confidencia con garantías de evitar aquel perjuicio. Seguiremos este mismo orden en la exposición que sigue.

a) Obligatoriedad de revelar el secreto

1. Denuncia de delitos

Cualquiera que sea el criterio que personalmente se pueda tener acerca del secreto médico, todo facultativo viene obligado, como ciudadano, a denunciar los delitos que lleguen a su conocimiento (art. 259 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal)

Si el conocimiento del delito es consecuencia del cargo, profesión u oficio, la obligación de denuncia viene reforzada en el artículo 262 de la misma Ley, la cual, en párrafo aparte, puntualiza:

«Si la omisión en dar parte fuese de un profesor de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior...

Si el que hubiese incurrido en la omisión fuese empleado público (cuya condición es tan frecuente entre los médicos), se pondrá además en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo.

Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes».

Sin embargo, el artículo 263 de la mencionada Ley exceptúa de la obligación de denuncia a ciertas profesiones, en contraste con lo dispuesto para los médicos: «La obligación impuesta ... en el artículo anterior no comprenderá a los abogados ni a los procuradores respecto de las instrucciones o explicaciones que recibieran de sus clientes. Tampoco comprenderá a los eclesiásticos y ministros de cultos disidentes respecto de las noticias que se les hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio».

Todo ello quiere decir que el médico está obligado a poner en conocimiento del juez de instrucción, juez municipal, de distrito o de paz, o funcionario fiscal más próximo, por escrito —mediante parte u oficio— o incluso de palabra, toda clase de hechos que conozca con ocasión de su ejercicio profesional que puedan tener carácter delictivo: traumatismos, envenenamiento, sevicias y malos tratos a niños, minusválidos o mujeres, abortos, muertes repentinas, etc. Obligación de la que puede derivarse, en caso de incumplimiento, una sanción penal, a tenor de lo dispuesto en el artículo 576 del Código Penal:

«Art. 576. Los facultativos que, apreciando señales de envenenamiento o de otro delito en una persona a la que asistieren o en un cadáver, no dieren parte inmediatamente a la autoridad, serán castigados con las penas de cinco a quince días de arresto menor y multa de 5.000 a 50.000 pesetas, siempre que por las circunstancias no incurrieren en responsabilidad mayor».

Obligación que persiste aunque no le conste que haya habido intención criminal, si bien no es necesario que entre en este aspecto, bastando con que

en su parte haga constar la referencia que le hayan dado sobre su mecanismo de producción.

2. Declaración como testigo o perito

La Ley de Enjuiciamiento Criminal dispone:

«Art. 410. Todos lo que residan en territorio español, nacionales o extranjeros, que no estén impedidos, tendrán obligación de concurrir al llamamiento judicial para declarar cuanto supieren sobre lo que les fuere preguntado si para ello se les cita con las formalidades prescritas en la Ley.»

«Art. 416. Están dispensados de la obligación de declarar:

1.° Los parientes del procesado...

2.° El abogado del procesado respecto a los hechos que éste le hubiese confiado en su calidad de defensor.

Art. 417. No podrán ser obligados a declarar como testigos:

1.° Los eclesiásticos y ministros de los cultos disidentes, sobre los hechos que les fueren revelados en el ejercicio de las funciones de su ministerio.

2.° Los funcionarios públicos, tanto civiles como militares, de cualquier clase que sean, cuando no pudieren declarar sin violar el secreto que por razón de sus cargos estuviesen obligados a guardar, o cuando, procediendo en virtud de obediencia debida, no fueren autorizados por su superior jerárquico para prestar la declaración que se les pida.»

«Art. 421. El juez de instrucción, o municipal en su caso, hará concurrir a su presencia y examinará a los testigos citados en la denuncia o en la querella, o en cualesquiera otras declaraciones o diligencias, y a todos los demás que supieren hechos o circunstancias, o poseyeren datos convenientes para la comprobación o averiguación del delito y del delincuente. Se procurará, no obstante, omitir la evacuación de citas impertinentes o inútiles.»

«Art. 716. El testigo que se niegue a declarar (en el acto del juicio oral) incurrirá en la multa de 100 a 1.000 pesetas, que se impondrá en el acto. Si a pesar de esto persiste en su negativa, se procederá contra él como autor del delito de desobediencia grave a la Autoridad.»

Por su parte, el Código penal (arts. 326 a 332) sanciona las falsedades en los testimonios dados en causas criminales, en causa civiles, o en el acto de juicio; las sanciones pueden ser económicas de mayor o menor cuantía, según las circunstancias que concurran, llegando en algunos casos a la inhabilitación especial. El Código incluye en la falsedad el hecho de alterar la verdad con reticencias o inexactitudes, aun cuando no se falte a ella sustancialmente.

Como puede verse, la Ley no hace excepción para el secreto médico y sí, en cambio, para el sacramental y para el secreto profesional de abogados y procuradores. Por tanto, si el médico es llamado («con las formalidades prescritas en la Ley») a declarar sobre cualquier cosa que haya llegado a su conocimiento con ocasión de su ejercicio profesional, está obligado a comunicarlo. Puede salvar su reparo moral haciendo constar que lo considera secreto profesional, pero la obligación persiste.

Tan sólo existe la posibilidad de mantener el secreto médico en los casos excepcionales previstos en el artículo 445 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, relativos a *declaraciones manifiestamente inconducentes* para la comprobación de los hechos objeto del sumario:

«Art. 445. No se consignarán en los autos las declaraciones de los testigos que, según el juez, fuesen manifiestamente inconducentes para la comprobación de los hechos objeto del sumario. Tampoco se consignará en cada declaración las manifestaciones del testigo que se hallen en el mismo caso; pero se consignará siempre todo lo que pueda servir, así de cargo como de descargo.

En el primer caso se hará expresión por medio de diligencia de la comparecencia del testigo y del motivo de no escribirse la declaración.»

3. Declaración de enfermedades infecto-contagiosas

Es la situación que de manera más clara ha obligado a rectificar las antiguas exageraciones sobre el carácter absoluto del secreto médico. La razón es evidente: sólo por este medio es posible impedir la evolución de un estado epidémico, con el consiguiente quebranto del bien público. Esta declaración es obligatoria a la menor sospecha, sin esperar la confirmación clínica y de laboratorio. Debe hacerse por escrito, mediante adecuado parte a la autoridad sanitaria local.

Las enfermedades de declaración obligatoria aparecen relacionadas en el Anexo que acompaña a la Resolución de la Dirección General de la Salud Pública de 22 de diciembre de 1981. En dicha relación, por comparación con la que figuraba en el párrafo tercero de la base sexta de la antigua Ley de Sanidad Nacional, aparecen hasta quince nuevas enfermedades que se han añadido a la relación precedente, desaparece la viruela por haber sido declarada oficialmente erradicada por la OMS y se ha cambiado la denominación para cuatro rúbricas, haciéndolas así más exactas en su significado.

La declaración de enfermedades, tal como está prevista en la legislación española, conduce a menudo a situaciones conflictivas con la obligación del secreto médico y a graves problemas de conciencia en el facultativo que la hace. En efecto, en el formulario de parte para la declaración se incluyen todas las circunstancias personales del enfermo, lo que le puede acarrear graves perjuicios en el caso de determinadas patologías, como ocurre con las enfermedades de transmisión sexual y, en concreto, del SIDA. Debe encontrarse alguna fórmula de compromiso que, salvando la necesidad de la declaración, con fines epidemiológicos, de prevención, salve la intimidad del enfermo, dejando en reserva su identidad.

b) Obligatoriedad del secreto

1. El médico como funcionario público

Aun cuando no representa un secreto médico en sentido estricto, debe hacerse mención a la frecuente situación del médico que ostenta la condición de funcionario público, en cuyo caso está sujeto a las obligaciones generales de éstos, entre las que figura la de guardar el secreto de todas las actuaciones que como tal funcionario realice y para las que esté establecida esta obligatoriedad. Su incumplimiento constituye falta penal o delito, según los casos.

Un caso particular es el del médico forense, y en general el del médico al que se le haya encomendado una peritación médico legal sobre cualquier encausado en un sumario o pleito civil. Es evidente, de una parte, que está obligado a guardar secreto el contenido del sumario y de las diligencias que le sean encomendadas como perito. No lo es menos que en el cumplimiento de su misión pericial está obligado a informar con el detalle preciso sobre las circunstancias de enfermedad o lesión que concurran en el sujeto objeto de su peritación. Pero puede surgir aquí un conflicto entre su deber como funcionario y como perito que debe comunicar al juez y al Tribunal que entiende del caso todo lo que conozca en relación con el delito que constituye el objeto de la causa, y su deber como médico ante la persona que examina o reconoce. La única solución está en mantenerse en su papel, sin sobrepasar su función puramente médica; el médico no es policía y no tiene por qué tratar de interrogar y obtener declaraciones de los acusados. No obstante, aun recibiéndolas espontáneamente, si no constituyen motivo de la peritación, no tiene por qué mencionarlas en su informe.

2. Reclamación de honorarios médicos

En el supuesto de que un cliente se niegue a abonar los honorarios del médico, éste, aun teniendo que renunciar a ellos, no puede revelar el secreto de la enfermedad de su paciente y demás confidencias o hechos conocidos con ocasión de la prestación de sus servicios médicos.

Si procede a una reclamación judicial de honorarios profesionales, lo que es absolutamente lícito, bastará con que declare el número de visitas y consultas evacuadas, así como la cuantía en que valora cada una de ellas. Cualquier otra manifestación podrá conducir, aun obteniendo por la vía judicial el cobro de sus honorarios, a que fuera demandado a su vez por el enfermo, en reclamación de compensación por los perjuicios que de la revelación del secreto se le hubieran derivado.

3. Estadísticas y publicaciones médicas

Cubriéndose igualmente los fines didácticos y de divulgación, es obligación del médico ocultar todos aquellos datos que puedan servir para identificar al enfermo. Aun con estas condiciones es altamente recomendable obtener su autorización antes de realizar la publicación del caso.

Proceder de otra manera expondría al médico a posibles reclamaciones por los perjuicios, de cualquier índole que fueran, que el enfermo estimase haber sufrido.

4. Historias clínicas

La historia clínica es un documento asistencial resultante de la relación médico-enfermo, en el que se reflejan todos los datos de la anamnesis, exploración, tratamiento, curso evolutivo y catam-

nesis final, así como en su caso de la necropsia, de los enfermos asistidos, tanto en la medicina privada como en la pública y hospitalaria.

Existe una cierta discrepancia en cuanto a quién pertenece la propiedad de la historia clínica, como consecuencia de la doble participación del enfermo y del médico en su realización; ya que si bien el médico es el que elabora la historia clínica, su contenido corresponde a la intimidad personal del paciente y, en consecuencia, es de su exclusiva propiedad.

La solución a este dilema parte de la existencia de un conflicto entre dos derechos: el derecho de propiedad y el derecho de intimidad.

El *derecho de propiedad* es claramente favorable al médico, ya que la historia clínica no es una mera transcripción de datos o noticias suministrados por el paciente, sino el resultado de un proceso intelectual de recogida, ordenación y elaboración de los mismos; una verdadera construcción intelectual basada en los conocimientos científicos del médico, que concluye con la formulación de un juicio diagnóstico y pronóstico y con una prescripción terapéutica, más o menos complicada, que puede contener indicaciones farmacológicas, fisioterápicas, quirúrgicas, de radioterapia o quimioterapia, etc. Toda esta parte puede asimilarse al «derecho de autor» y, como tal, queda protegido por la Ley de Propiedad Intelectual.

Este derecho de propiedad viene limitado y condicionado por *el derecho a la intimidad* del paciente, que exige mantener secreta la información que encierra la historia clínica; derecho que va unido, además, al derecho que el enfermo tiene a proteger su salud, lo que le confiere la potestad de reclamar cuantos datos, pruebas y juicios clínicos existan en aquélla, para valerse de ellos e informar de los mismos a otro médico que se haga cargo de la asistencia (*derecho a la información*).

De acuerdo con lo anterior, el médico sólo puede considerarse como depositario del documento y guardián de su contenido, que debe quedar protegido por el secreto médico. Está obligado, por tanto, a conservarlo con prudencia y a poner el máximo cuidado en defenderlo contra toda indiscreción que lleve a hacerlo público.

La condición de secreto sólo podrá obviarse por la autorización del paciente y demás reglas generales relativas al secreto. Entre ellas el derecho del enfermo a ser informado de cualquier circunstancia importante para su salud.

En esta protección se incluye el responsabilizar al personal colaborador y auxiliar, médico y no médico, en cuanto a la obligación del secreto profesional compartido y derivado. De hecho, cualquier reclamación de responsabilidad por los perjuicios o daños producidos si trasciende el secreto, incluirá siempre al médico aunque no haya sido su autor material.

Un caso particular del secreto médico se refiere a los *archivos de historias clínicas* de los grandes hospitales, cuya custodia debe ser tan estricta como la de los archivos privados. Sólo puede hacerse uso de los datos contenidos en dichos archivos en el curso de investigaciones científicas (estudios sobre epidemiología, análisis de casuísticas, etc.), siempre conservando el anonimato de las personas a que corresponden las historias clínicas.

La tendencia actual, por sus evidentes ventajas, a la utilización de sistemas informáticos en la elaboración y archivo de las historias clínicas plantea nuevos problemas debidos a la facilidad con que pueden ser desvelados sus contenidos. En consecuencia, el médico no debe participar en la creación y mantenimiento de tales sistemas sin la garantía de que se respetará el derecho del paciente a la intimidad, exponiéndose en caso contrario a posibles reclamaciones que serían extensivas a la Dirección del Centro, como responsable último de su correcto funcionamiento. Debe excluirse radicalmente que un banco de datos médicos quede conectado a una red informática no médica, lo que ya ha ocurrido en algún país, habiendo producido graves conflictos al haber trascendido ampliamente las circunstancias personales de los enfermos asistidos.

Por otra parte, como después se verá, la obligación del secreto se mantiene incluso después de la muerte del enfermo, por lo cual cuando el médico cesa en su actividad profesional debe proveer a la destrucción de su archivo si de él no se hace cargo su sucesor, o los pacientes hacen constar su oposición, en cuyo caso se les hará entrega de sus respectivas historias clínicas. En cuanto a los archivos hospitalarios, cuando su volumen desborda la posibilidad de almacenamiento y manejo, se tiende a trasladarlo a microfilm o a soporte informático, siempre respetando las normas deontológicas y legales sobre el secreto.

c) Situaciones conflictivas

Cuando el médico se encuentra ante una situación no encuadrable en los supuestos anteriores se le plantea algún tipo de conflicto que exige solución y que sólo puede ser resuelto por su propia conciencia. Los principales tipos de conflictos pueden agruparse en alguna de las siguientes variedades:

1. El *primer tipo de conflicto* y el más fácil de resolver, deriva del cumplimiento de un deber inherente al ejercicio de la profesión en sí. Es deber del médico curar al enfermo y al mismo tiempo mantener a otros libres de enfermedad, por lo que su conducta tratará de cubrir ambos deberes.

2. El *segundo tipo de conflicto* es el derivado de la confrontación entre el deber profesional del médico ante su paciente y el deber del médico como ciudadano. El paciente, asimismo miembro de la comunidad, no debe ignorar los deberes ciudadanos del médico, y si así fuera es responsabilidad del médico explicar al paciente las razones de su decisión, que puede parecer violadora del secreto profesional.

3. El *tercer tipo de conflicto* se presenta cuando el médico es solicitado para suministrar información confidencial requerida para la justa aplicación de la ley. La solución más fácil sería el atenerse a las obligaciones impuestas por aquélla. Pero no raramente puede haber conflictos entre la concepción ética, individual, del médico y las exigencias que en determinado asunto le pueden ser hechas por vía legal. Conflictos que se refieren de modo especial a la extensión con que debe cumplir su obligación legal de suministrar aquella información.

Las alternativas posibles a este dilema son: a) ceder toda la información confidencial contenida en la historia clínica, b) dar respuesta sólo a preguntas que considere relevantes o aclaratorias, c) negarse a facilitar cualquier tipo de información.

Como una ayuda en la solución de estas situaciones conflictivas, quizá sea útil analizar las más frecuentes en la práctica médica.

1. Médicos de Sociedades de Seguros de vida

Desde el momento que el cliente suscribe una póliza o la solicita, sabe que va a ser reconocido y que el resultado del reconocimiento será comunicado a la Compañía. Si acude al reconocimiento consciente de ello, implícitamente da su consentimiento a que sea revelado. Ahora bien, cuando el médico de la Sociedad sea el de cabecera del cliente, renunciará a informar a la Sociedad, ya que su conocimiento del estado del enfermo no se deriva del acto del reconocimiento, sino de los datos que obraban en su poder con anterioridad, obtenidos por su condición de médico personal, a cuya confianza no puede traicionar.

2. Certificados médicos

Este documento es solicitado por el propio paciente o sus representantes legales que, por este mismo hecho, conceden la autorización para que el contenido del secreto médico sea comunicado. No obstante, el paciente no siempre es consciente de las consecuencias que el certificado, y los hechos allí expuestos, pueden tener. Por ello, el médico debe extremar su prudencia en la redacción de los certificados, no haciendo constar más que aquellos hechos que justifiquen la finalidad que vaya a tener la certificación, e incluso limitándose en los casos posibles a la simple constatación de que el sujeto padece una enfermedad que le impide cumplir determinadas obligaciones, o también la ausencia de aquélla sin entrar en más detalles. Es obvio que esta prudencia no puede llegar jamás a falsear los hechos, lo que hará incurrir al médico en la correspondiente responsabilidad.

3. Medicina institucional y secreto médico

Se incluye en este concepto a la medicina de empresa y a la medicina en la Seguridad Social, como los ejemplos más representativos. En la actualidad constituyen uno de los campos del ejercicio médico en los que la obligación moral del sigilo profesional queda más malparada. Chocan en este campo dos tipos de obligaciones del médico, antagónicas entre sí: la obligación moral con el paciente de reservar todos los datos de su enfermedad, y el compromiso con la Empresa o con el Ente gestor de la Seguridad Social de tenerles informados de la morbilidad y pronóstico de las afecciones de sus trabajadores y asegurados, para adecuar el funcionamiento de las entidades.

Ambos compromisos tienen su peso, y el ideal sería llegar a una solución ecléctica que salvaguardara los intereses del enfermo y de la entidad. En la práctica estas entidades han venido forzando a los médicos a tenerlas informadas con todo detalle, por intermedio de diversos tipos de partes médicos que, por otra parte, pasan por muy diversas manos, haciendo prácticamente imposible aplicar a este caso la teoría del secreto compartido

y del secreto derivado. Desde un punto de vista pragmático, el médico tratará de defender todo lo posible el secreto de sus pacientes, aunque sometido a las obligaciones reglamentarias que su adscripción a este tipo de medicina colectiva le impone.

4. Secreto profesional y fuerzas armadas

Durante algún tiempo se ha venido sustentando la idea de que admitir el secreto médico en las fuerzas armadas es suprimir toda disciplina, que constituye el eje vertebral del ejército. Esto hoy no se admite, aunque sí la circunstancia de que la relación médico-paciente no está lo suficientemente realzada: el médico militar a menudo es llamado para actuar en dos papeles respecto a un solo paciente, es decir, de un lado como médico terapeuta y de otro como asesor y experto, y a veces la diferencia entre los dos papeles es más bien mínima, sobre todo teniendo en cuenta que el paciente normalmente no tiene libertad para elegir su médico asistencial.

En el ejército el médico es parte también de la jerarquía y es mirado como tal por sus pacientes, lo que anula en gran parte la confianza. Hay una relación triangular que une al médico con el paciente y con el comandante de la unidad militar, con el Estado al fondo. A menudo el comandante considera el servicio médico como una parte de la estructura de mando y espera que se le informe de todo lo relativo a sus subordinados. El ideal, por supuesto, es que una misma persona no deberá actuar en un momento como dispensador de asistencia médica y en otro como proveedor de evidencia como experto ante los tribunales y el mando; funciones que están separadas en la vida civil.

5. Secreto médico en relación con el matrimonio

1. *Antes del matrimonio*: El problema se presenta cuando los familiares de los futuros contrayentes indagan la existencia de enfermedades contagiosas o hereditarias en el otro. El médico no puede jamás violar el secreto; pero en caso de existencia de aquéllas puede resultarle muy duro el cruzarse de brazos. Una solución, propugnada por el propio Brouardel, sería la de sugerir la conveniencia de que ambos contrayentes suscriban una póliza de seguro de vida. En realidad, aun esta solución repugna a muchos, ya que constituye una forma indirecta de violar el secreto. Lo más adecuado es el consejo médico prematrimonial a los contrayentes, dejando a la conciencia de éstos la solución.

2. *Durante el matrimonio*: En caso de enfermedades contagiosas, sobre todo las de transmisión sexual, sin violar el secreto debe aconsejarse a la parte enferma las convenientes medidas profilácticas y curativas. Pero el médico es libre de advertir al cónyuge sano cuando haya peligro de grave daño.

6. Secreto médico debido a las personas que viven en el mismo domicilio

Es el caso de familiares, sirvientes, nodrizas; de pensionados, internados o cuarteles, etc., en donde existe el peligro del contagio, que es preciso evitar ante todo. En tales casos se debe procurar mantener el secreto, tratando la enfermedad, aislando al contagioso y aun explicando los trastornos como causas banales. Pero si se comprueba mala fe en el enfermo o peligro para los demás que no pueda conjurarse por otro medio, se debe quebrantar el silencio haciendo partícipe a quien pueda evitar el daño. Uno de los ejemplos más representativos es el de menores internados en pensionados, en uno de los cuales aparece una enfermedad contagiosa y no hay otra posibilidad de impedir el peligro; se revelará el secreto exclusivamente a la persona idónea para recibirlo (director, administrador, etc.) y que pueda tomar las medidas necesarias para conjurar el daño.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de la obligación de denunciar de las enfermedades contagiosas a las autoridades sanitarias, como ya quedó dicho, en méritos a impedir la propagación y consiguiente aparición de estados epidémicos.

7. Secreto médico postmortem

Cuando se habla de secreto profesional médico se piensa siempre en su necesaria vigencia en todo lo que concierne al enfermo en vida. No se suele contemplar el que se pueden producir iguales desviaciones cuando el sujeto ya ha fallecido. El profesor Royo-Villanova dedicó un artículo a este tema, encareciendo la necesidad de prolongar la protección en todo lo referente a su intimidad en los sujetos ya fallecidos. La práctica nos enseña lo frecuente que es la divulgación minuciosa de los procesos patológicos que han conducido a la muerte y su evolución a lo largo de la agonía, en un exhibicionismo macabro, violador de la intimidad del sujeto que acaba de morir. En algunos códigos deontológicos y, en concreto, en los españoles, se mantiene este deber de silencio aun después de la muerte del paciente.

8. Secreto profesional y esposas de médicos

La esposa del médico, como el marido de la médica, forman parte del grupo de personas no implicadas en la actividad asistencial a las que puede considerarse como partícipes del *secreto derivado*. Es, en efecto, posible que en la convivencia conyugal se descargue la inquietud por un caso clínico incierto buscando un desahogo y un apoyo en la confidencia convivencial. Otras veces aun sin la confidencia, el cónyuge no médico llega a inducir algún secreto profesional. Tales hechos obligan al médico a cultivar al máximo la discreción, si lo considera necesario, y a reforzar la convicción en su pareja de las obligaciones del secreto compartido.

Si la esposa, como sucede a menudo, actúa como ayudante o secretaria de su marido, su conocimiento de los datos clínicos y personales de los enfermos alcanza mayor extensión y su obligación de mantener el secreto compartido debe ser siempre exigencia moral en su actividad como colaboradora.

9. Secreto profesional y estudiantes de Medicina

En el curso de los estudios médicos los estudiantes participan en la actividad asistencial del hospital universitario: exploraciones, sesiones clínicas, necropsias, y un conjunto de quehaceres clínicos en el curso de los cuales llegan a conocer gran parte, si no toda, la intimidad patológica y personal de los enfermos hospitalizados. Aun cuando el estudiante carece de carácter profesional, debe considerarse a todos los efectos como partícipe del equipo asistencial y, por consiguiente, afectado por la obligación del *secreto compartido*. Para ello, deben ser adecuadamente instruidos acerca de las circunstancias y obligaciones derivadas de tal obligación, ya que su desconocimiento les puede conducir a imprudencias de las que se deriven la violación del secreto médico.

Apéndice

A. Textos legales que regulan aspectos concretos del secreto médico

1. Constitución Española, aprobada por las Cortes el 31 de octubre de 1978, ratificada por referéndum el 6 de diciembre y publicada en el BOE el 29 de diciembre de 1978.
2. Ley de Enjuiciamiento Criminal, con sus reformas.
3. Código Penal, texto reformado (hasta la reforma de 21 de junio de 1988).
4. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril).
5. Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social (Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre).
6. Ley Orgánica de Protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, de 5 de mayo de 1982.
7. Estatuto de los Trabajadores, de 10 de marzo de 1980.

B. Códigos deontológicos y normas de Ética Médica.

1. Declaración de Ginebra, de 1948, refrendada en Sidney en 1968.
2. Código internacional de Ética Médica (Londres, 1949).
3. Principios de Ética Médica Europea (enero de 1987).
4. Carta de los Médicos de Hospitales de la Comunidad Económica Europea, aprobada en Luxemburgo en 1967 y revisada en París en 1985.
5. Código de Deontología Médica del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos de España (1979).
6. Proyecto de reforma del Código de Deontología Médica elaborado por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado del Consejo General de Colegios Médicos de España (1988).
7. Normas de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (1979).

Bibliografía

AMERICAN COLLEGE OF LEGAL MEDICINE: *Legal Medicine. Legal Dynamics of Medical Encounters*, San Luis, Mosby Co., 1988.

BONNET, F. P. E.: *Medicina Legal*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1980, 2.ª ed.

BROUARDEL, P.: *Le secret médical*, París, J. B. Baillière et Fils, 1887.

CUYÁS MATAS, M.: «El secreto profesional en Medicina de Empresa», en *Medicina de Empresa*, 3, 1966-67, pp. 41-54.

DEROBERT, L.: *Médecine Légale*, París, Flammarion, 1974.

FRANCHINI, A,: *Medicina Legale*, Padua, CEDAM, 1985, 10.ª ed.

LEÓN, A.: *Ética en Medicina*, Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1973.

LÓPEZ GÓMEZ, L.; GISBERT CALABUIG, J. A.: *Tratado de Medicina Legal*, Valencia, Saber, 1970, 3.ª ed.

LUNA, A.; OSUNA, E.: «Problemas procesales de la utilización de la historia clínica», en *Medicina Clínica (Barcelona)*, 87, 1986, pp. 717-718.

MARTÍ MERCADAL, J. A.; BUISÁN ESPELETA, L.: «El secreto profesional en Medicina», en VILLARDELL, F. (coord.): *Ética y Medicina*. Madrid, Espasa-Calpe, 1988.

MONTAÑÉS DEL OLMO, C.: *El secreto profesional médico*, León, Ed. Antibióticos, 1972.

PAYEN, J.: *Deontología médica*, Barcelona, Sucesores de F. Gili, 1944.

PIGA RIVERO, A.: «Documentos médico legales y secreto médico», en *Deontología, Derecho y Medicina*, Madrid, ed. Colegio Oficial de Médicos, 1977.

PUIG PEÑA, F.: «La noción del secreto médico en Derecho Penal», en *Revista de Derecho Penal*, 10, 1958, pp. 323 y ss.

ROYO-VILLANOVA, R.: *El secreto médico profesional*, Zaragoza, tesis de doctorado, 1923.
«El secreto médico *post-mortem*», en *Archivo de la Facultad de Medicina de Madrid*, XVII, 5, mayo de 1970.

ZUBIRI VIDAL, F.: *El secreto médico a través de los tiempos*, discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, 1966.

19. EL ENSAYO CLÍNICO

A. Brugarolas Masllorens

Introducción

La medicina actual goza de prestigio por los importantes éxitos que ha obtenido en todos los campos: en efecto, los descubrimientos, los inventos y los nuevos medicamentos han permitido avanzar en el conocimiento clínico-biológico de las enfermedades, alcanzando, incluso, en muchas ocasiones, a tratar la lesión molecular. Estos éxitos han conseguido establecer firmemente uno de los fines más elusivos de la Medicina, curar las enfermedades.

Como consecuencia lógica de estos avances, el médico ha aumentado los esfuerzos destinados a progresar científicamente valorando con sentido crítico la eficacia de los actos diagnósticos, preventivos o terapéuticos, midiendo la repercusión en la calidad de vida y estudiando la prolongación de la supervivencia. Por este motivo ha incorporado plenamente el método científico, que representa el único sistema acreditado para adquirir nuevos conocimientos mediante explicación, y el ensayo clínico se ha convertido en un instrumento valioso de investigación médica.

La construcción de los ensayos clínicos ha sido elaborada de acuerdo con una metodología que utiliza criterios rigurosos referentes al objetivo y diseño de la investigación, la selección de los enfermos, el estudio de los factores que influyen en el pronóstico, la valoración de la toxicidad y de la respuesta, así como el análisis estadístico de los resultados.

Cuando el objetivo de investigación es un fenómeno complejo, como puede ser curar una enfermedad, las hipótesis y los ensayos se suceden unos a otros constituyendo una línea de investigación que no termina con el enunciado de conclusiones finales. En estos casos los resultados no son datos definitivos, sino que sirven para construir nuevos experimentos cuyas contribuciones tienen un valor relativo, entretanto no se han obtenido mejores datos. El mérito científico consiste aquí en estimar comparativamente el beneficio obtenido y establecer una estrategia óptima, cuya vigencia es transitoria, mientras van sucediéndose los ensayos.

Es indudable que el diseño experimental representa una aportación fundamental para el progreso médico; por este motivo, la Ética siempre será importante en la investigación clínica. Pero también la Ética será fuente de discusión y controversia porque el afán por conseguir el objetivo científico puede confundir y sacrificar el contenido humano del acto médico.

A continuación se describen las características principales del ensayo clínico y los aspectos deontológicos sobresalientes: la ética científica y la ética médica.

El ensayo clínico

El ensayo clínico puede ser terapéutico o no terapéutico. Este último estudia aspectos diagnósticos, fisiopatológicos o semiológicos y contempla maniobras que no interfieren con la salud del sujeto (mediciones, extracción de muestras, etc.), aunque pueden ocurrir reacciones adversas. El ensayo terapéutico por el contrario puede exponer a riesgos. Ambos está sujetos a normas éticas.

El Código de Nuremberg (1947), elaborado después de las atrocidades cometidas en los campos de concentración alemanes durante la Segunda Guerra Mundial, prohíbe la experimentación sobre un sujeto humano sin su consentimiento voluntario. Posteriormente, este

código ha sido ampliado y modificado en la Declaración de Helsinki (1964), y más tarde en la Declaración de Tokio de 1975, por la Asamblea Médica Mundial de la OMS, exigiéndose desde entonces el consentimiento libre e informado. Estos códigos contemplan una serie de requisitos obligatorios que se recogen en la tabla siguiente.

TABLA 1: *Requisitos para efectuar un ensayo clínico según la Declaración de Helsinki y de Tokio de la OMS*

1. Experimentación básica y animal previa.
2. Consentimiento informado del sujeto.
3. Libertad del sujeto para interrumpir el tratamiento.
4. Adecuado índice entre los beneficios esperables y riesgos de toxicidad para el sujeto.
5. Solvencia del investigador.
6. Prevalencia del interés individual frente al colectivo.
7. Existencia de un protocolo experimental.
8. No privar al enfermo de un tratamiento reconocido.
9. Fidelidad en la publicación de los resultados.

La *experimentación básica previa* constituye el estudio preclínico y comprende los estudios de laboratorio y los ensayos en animales destinados a comprobar la acción del medicamento y su inocuidad, investigando la dosis letal, la toxicidad aguda, subaguda y crónica en varias especies animales, así como la capacidad de teratogénesis, carcinogénesis y mutagénesis.

El *sujeto debe ser informado* debidamente de los motivos del ensayo, el posible beneficio y los riesgos de toxicidad, la duración del ensayo y del seguimiento, la utilización de métodos de distribución aleatorizada y también de otros tratamientos disponibles que no se van a administrar. Por otro lado el paciente debe tener libertad para decidir si toma o no parte en el experimento y para abandonarlo en cualquier momento si lo desea. Es imprescindible obtener el consentimiento del sujeto por escrito o verbalmente ante testigo. Está debatida la inclusión de ancianos, niños, embarazadas, minusválidos, presos o personas mentalmente incompetentes.

La *valoración entre los riesgos y los beneficios* depende de diversos factores tales como el tipo de enfermedad, la susceptibilidad del individuo y la dosis tóxica del medicamento (índice terapéutico). Muchas veces no se conocen los riesgos con antelación y deben efectuarse ensayos cuidadosos, en enfermedades o situaciones clínicas que presentan mortalidad alta sin tratamiento. De cualquier forma, siempre hay efectos indeseables raros que no se detectan fácilmente en los ensayos clínicos.

La *solvencia del investigador* es una condición que garantiza la buena ejecución del ensayo.

La *prevalencia del interés individual frente al colectivo* implica la posibilidad de que el sujeto obtenga un beneficio directo, es decir, que no se trata solamente de mejorar a futuras generaciones de pacientes. Este punto no parece aplicable a los voluntarios sanos en las investigaciones clínicas de medicamentos considerados inocuos.

Los *resultados deben ser comunicados científicamente* cuidando la veracidad y la fidelidad a los datos obtenidos.

Por último, el *protocolo terapéutico* es el documento que contiene y explica el ensayo clínico. Éste debe expresar por escrito el motivo e interés del mismo, definir la enfermedad y las características de los pacientes en relación a los criterios de selección y exclusión, explicar la pauta terapéutica, la modificación de la dosis según la toxicidad y el análisis de la toxicidad y de la respuesta.

Casi todos los países han adoptado una norma legal para regular la ejecución de los ensayos clínicos. En España, la normativa vigente sobre ensayos clínicos está recogida en el Real Decreto de 14 de abril de 1978 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, ampliado por la Orden Ministerial del 3 de agosto de 1982 del Ministerio de Sanidad y Consumo (8).

De acuerdo con este Real Decreto, las personas o entidades que intervienen en el ensayo clínico son el promotor, el investigador, el monitor, el Comité de Ensayos Clínicos y los sujetos. En el Real Decreto se dictan los deberes y responsabilidades de cada uno, así como los derechos de los sujetos del ensayo, debiendo ser autorizado por la Dirección General de Farmacia y Medicamentos, y la Dirección General de Planificación Sanitaria. Se remite al texto del Decreto para más detalle.

Los protocolos científico-técnicos deben salvaguardar las normas éticas del Código Deontológico del Consejo Superior de Colegios de Médicos, así como las Declaraciones de Helsinki y de Tokio de la OMS y comprenden en su documentación los apartados señalados en la Tabla 2.

TABLA 2: *Apartados que debe comprender un ensayo clínico*

1. Denominación genérica del producto, composición del mismo y Entidad elaboradora de las muestras.
2. Título del proyecto.
3. Laboratorio, Entidad o persona que promueva o patrocine el ensayo.
4. Técnico Farmacéutico o garante de la calidad de los preparados que se utilizarán.
5. Médico responsable de la monitorización.
6. Razón de ser del proyecto. Bases científicas y referencias bibliográficas.
7. Objetivos del proyecto.
8. Hospitales, Centros o Servicios Médicos donde se propone realizar el ensayo.
9. Investigador principal responsable y colaboradores.
10. Comité de Ensayos Clínicos. Composición.
11. Tipo de ensayo clínico o estudio*.
12. Definición de los sujetos experimentales y testigos. Número y selección de enfermos.

Criterios de inclusión y exclusión

13. Criterios de valoración clínica y evaluación o enjuiciamiento.
14. Especificación de los procesos patológicos.
15. Normas generales y particulares para los investigadores.
16. Normas para el personal auxiliar que interviene en el ensayo y para el propio paciente.
17. Definición del tratamiento a seguir.

Tratamientos concomitantes

18. Duración proyectada. Desarrollo del estudio.

Control del mismo

19. Efectos indeseados.
20. Parámetros clínicos y analíticos.
21. Hoja individual de registro de datos.
22. Análisis y tratamiento de datos.
23. Información básica del producto: Memoria preclínica que incluya:
   a) Nombre genérico del producto, denominación internacional, fórmula química, descripción cualitativa y cuantitativa de su composición.
   b) Estudios preclínicos de farmacología animal, farmacodinamia y farmacocinética, toxicidad e inocuidad, teratogenia y carcinogénesis, etc.
   c) Relación bibliográfica apropiada.
24. Dispositivos de seguridad y confidencialidad.

* Ver en el texto y en tabla 3.

Los ensayos clínicos deben ser inicialmente aprobados por el Comité de Ensayos y el Director del Hospital y posteriormente por el Centro Nacional de Farmacobiología y la Dirección General de Farmacia y Medicamentos. La solicitud de aprobación debe ir acompañada del compromiso firmado del investigador de seguir los Códigos Deontológicos.

La tipología del ensayo admitida por la presente legislación distingue los siguientes aspectos.

TABLA 3: *Tipos de ensayos clínicos*

a) Según la relación entre el investigador y el centro:
   1. Ensayos realizados por un solo investigador.
   2. Ensayos clínicos multicéntricos, con el mismo protocolo de tratamiento, y evaluación independiente y globalizada.

b) Respecto a su finalidad:
   1. *Fase I*: Estudio de Farmacología Clínica en la primera administración a un número reducido de voluntarios sanos con dosis única o número reducido de dosis. El objetivo es obtener los primeros datos de farmacocinética, metabolismo, farmacodinamia, tolerancia y relación dosis/efectos colaterales.
   2. *Fase II*: Estudios de Farmacología Clínica en primera administración a un número limitado de pacientes. El objetivo es la valoración del efecto, acciones terapéuticas, posología y tolerancia.
   3. *Fase III*: Estudios en un número extenso de pacientes, comparando la eficacia, seguridad e inocuidad del nuevo tratamiento respecto a un placebo o a tratamientos convencionales.
   4. *Fase IV*: Ensayos realizados con medicamentos comercializados.

c) Respecto a su metodología:
   1. Ensayos no controlados: Sin comparar con otros grupos.
   2. Ensayos controlados: Comparación estadísticamente válida con otro grupo, llamado control o testigo:
      — Simple ciego: El paciente no conoce el tratamiento. Se lleva a cabo para neutralizar el efecto placebo.
      — Doble ciego: Ni el paciente ni el investigador conocen el tratamiento. Se realizan para neutralizar el efecto placebo y la subjetividad del investigador.
      — Doble ciego cruzado: Cuando falla el primer tratamiento, se administra el del otro grupo.
   3. Ensayo piloto: Ensayo preliminar de prueba para un ensayo posterior.
   4. Ensayo abierto o cerrado: según que los pacientes estén predeterminados o no lo estén.

Sin embargo, la clasificación que define mejor el contenido de un ensayo clínico, según la finalidad del mismo, es la división en Fases I, II, III y IV. A continuación se describen los diferentes tipos de ensayo.

a) Ensayo de Fase I

Es el ensayo obligado con nuevos fármacos y sirve para averiguar la dosis adecuada de un nuevo medicamento. El ensayo consiste en la valoración del efecto conseguido con dosis crecientes partiendo de una supuestamente no tóxica (p. ej., 1/10 de la dosis letal, 10 por ciento en el ratón), aumentando progresivamente la dosis, en grupos de 2-4 pacientes, hasta observar un efecto biológico reproducible o una toxicidad tolerable. En algunos fármacos con alto índice terapéutico se considera que se ha llegado a la dosis máxima cuando aparecen efectos inesperados o toxicidad inaceptable, en ausencia de efecto biológico demostrable.

En los fármacos antitumorales hay que llegar a la máxima dosis tolerable y la dosis se aumenta de acuerdo a un plan preestablecido, siguiendo el esquema numérico de Fibonacci, donde la dosis subsiguiente es aumentada según un porcentaje decreciente de la dosis precedente (100, 50, 30 por ciento...), haciendo menores los incrementos al aparecer toxicidad.

Además de establecer la dosis satisfactoria en los ensayos de Fase I se suelen hacer estudios de farmacología clínica, farmacocinética, metabolismo y excreción para ayudar a diseñar la pauta óptima y ajustar la dosis en caso de alteración hepática o renal.

Los ensayos de Fase I no están encaminados a observar efecto terapéutico, están principalmente dirigidos a averiguar la localización, extensión y duración de las toxicidades así como a definir la dosis segura. En ensayos con fármacos inocuos o de baja toxicidad se utilizan voluntarios sanos.

En el caso de fármacos antitumorales no pueden usarse voluntarios sanos, solamente pueden utilizarse pacientes con cáncer avanzado y resistente. La actividad antitumoral encontrada en ensayos de Fase I es muy baja, tanto con fármacos que después han demostrado eficacia como con fármacos inactivos, encontrándose respuesta en menos del 5 por ciento de los pacientes. Esto se debe en parte a las características del enfermo (extensamente tratado, mal estado general...) o del tumor (resistente), pero también en parte a que solamente la mitad de los enfermos reciben dosis terapéuticas, es decir, muchos reciben dosis inferiores a las adecuadas. Los niños con cáncer no pueden someterse a ensayos de Fase I hasta que se conocen suficientes datos en adultos, ya que no pueden dar el consentimiento legal.

Los ensayos de Fase I se suelen hacer en instituciones únicas, por un investigador experimentado. Son ensayos abiertos (número de sujetos no predeterminado) y no controlados. Por lo general se realizan varios ensayos de Fase I con distintas pautas y métodos de administración (intermitente, infusión prolongada, etc.) con cada fármaco.

b) Ensayo de Fase II

Es el ensayo destinado a estimar la eficacia o el efecto terapéutico y secundariamente a comprobar la tolerancia y toxicidad.

Deben seguirse criterios bien definidos de respuesta o actividad. Habitualmente se realizan en series limitadas de enfermos, estableciéndose unos límites de actividad previamente determinados para identificar los medicamentos activos y descartar los inactivos.

Con fármacos antineoplásicos se utiliza el criterio de retener fármacos con 20 por ciento de respuestas aceptando un error razonable (falso positivo de 5 por ciento y falso negativo de 90 por ciento) tratándose entre 15 y 30 pacientes. Cuando no se observa ninguna respuesta en los primeros 15 pacientes, suele suspenderse el ensayo, y se aumenta gradualmente el número de pacientes hasta 30 cuando aparece más de una respuesta.

El ensayo de Fase II no persigue, por definición, averiguar resultados finales (curación, supervivencia, período libre de enfermedad) que son objetivos de los ensayos de Fase III, sino solamente seleccionar aquellos fármacos susceptibles de futuros ensayos. Al tratarse de series limitadas con enfermos muy seleccionados, la tasa de respuesta obtenida en ensayos de Fase II está sujeta a un gran error debido al número de variables no valorables.

Estos ensayos no suelen ser controlados y pueden realizarse en una o varias instituciones.

c) Ensayo de Fase III

Es el ensayo que permite obtener conclusiones respecto a la actividad de un fármaco en el contexto de la enfermedad, teniendo en cuenta los tratamientos convencionales disponibles en cada situación. Se trata por lo tanto de un ensayo que pretende analizar el efecto de un nuevo fármaco sobre la calidad de vida, la curación de la enfermedad o la supervivencia.

Cuando existen tratamientos aceptados, el nuevo fármaco es útil si comparativamente tiene un efecto superior al tratamiento convencional. Por este motivo, el ensayo de Fase III requiere la comparación a controles concurrentes y aleatorizados, que eviten la distorsión y controlen las variables. Los controles han de ser concurrentes porque con el paso del tiempo y según el progreso médico se introducen cambios en la enfermedad, en la clasificación, en el estudio de la extensión, o en los tratamientos de soporte. Las series han de ser aleatorizadas porque es el único método que permite eliminar sesgos, hacer equivalentes las covariables no conocidas (p. ej., efecto de algunos factores pronóstico, habilidades de los diferentes investigadores, etc.) y garantizar la validez de los tests de significación estadística. El nuevo fármaco se compara, según los ensayos, con ningún tratamiento —para estudiar el efecto sobre la biología de la enfermedad—, con solamente medidas de soporte —para estudiar la eficacia—, con un tratamiento considerado convencional —para valorar si existe un resultado más favorable— o, a veces, con otros tratamientos experimentales —para identificar el más activo entre ellos—. El ensayo de Fase III contempla también la combinación de fármacos y la combinación de distintas modalidades terapéuticas.

Para reducir la presencia de tendencias o sesgos en la selección de pacientes o en la actitud de los investigadores, en ocasiones se utilizan técnicas ciegas y/o placebos, que ocultan al enfermo y al médico el tratamiento administrado. Para reducir el efecto de variables desconocidas se aumenta el número de pacientes o se hace más homogénea la situación de los enfermos incrementando las características o condiciones de elegibilidad para el ensayo.

Por estas características los ensayos de Fase III son controlados y multicéntricos. Aunque no hay criterios definitivos sobre los ensayos unicéntricos o multicéntricos se favorece la inclusión de múltiples instituciones debido a que se acorta la duración del estudio, al permitir la entrada rápida de mayor número de enfermos, se facilita la generalización de los resultados, y se aumenta la difusión y la aceptación entre la comunidad científica, aunque los ensayos multicéntricos tienen mayor coste, más difícil diseño y más complejidad en su realización que los ensayos uni-institucionales.

d) Ensayo de Fase IV

No se trata propiamente de un ensayo, sino que es un estudio de farmacovigilancia con medicamentos comercializados para averiguar efectos indeseables poco conocidos y otros criterios de seguridad. Se trata de proporcionar información en relación al uso en la población, requiriendo generalmente el informe de médicos generales y especialistas según aparecen los efectos adversos. Las técnicas más utilizadas son las de comunicación mediante informe de cualquier efecto nocivo imprevisto por parte del médico (tarjeta amarilla) o bien el seguimiento de las prescripciones directamente con el paciente. Estas técnicas pueden llegar a detectar reacciones indeseables del orden de 1:1.000-1:10.000.

Estos ensayos, por definición son abiertos y no controlados.

Consideraciones deontológicas

a) Ética científica

La ética científica exige que el ensayo clínico demuestre resultados veraces, fiables y reproducibles, exentos de tendencias viciosas, cumpliendo los requisitos legales y los acuerdos deontológicos internacionales. También contempla que los resultados de los ensayos clínicos sean comunicados a la comunidad científica con toda honestidad para que, admitidos por la misma, aumenten el conocimiento de la enfermedad y de los modos de tratamiento.

La ética científica ofrece al investigador un cauce para conformar el análisis científico a los aspectos éticos. Como se ha visto anteriormente consiste en la aplicación de normas o criterios a los diferentes momentos del proceso científico con la intención de salvaguardar los derechos de la persona: Comité de ensayos, información al paciente, obtención del consentimiento, utiliza-

ción de la estadística para detectar diferencias pequeñas, detección precoz de los riesgos innecesarios, etcétera.

Cada uno de estos aspectos ha sido estudiado con relativa profundidad intentando conservar la libertad y la dignidad del enfermo, aunque se han encontrado dificultades que a veces parecen insuperables. Por ejemplo, en el proceso de obtener el consentimiento informado del paciente se han encontrado diversos problemas generales: dificultad en transmitir la realidad durante la información porque es un proceso dinámico no previsible con antelación, influencia de las actitudes del paciente en relación al médico (colaboración, cortesía, indecisión...), apreciación inadecuada de la información, número variable de decisiones, riesgos concretos, actuaciones secundarias no incluidas en el plan general, etcétera.

A continuación se discuten separadamente algunos aspectos más destacados.

1. Consentimiento informado

Puesto que el consentimiento informado es un requisito fundamental en los ensayos clínicos ha surgido una importante controversia en relación a las características esenciales del mismo: calidad de la información, competencia del que da el consentimiento y finalidad.

Hay que apuntar en primer lugar que recibir información es un derecho del enfermo, quien a veces desconoce sus propios derechos y por lo tanto no los puede hacer valer. Herxeimer ha establecido los siguientes derechos del paciente: 1) derecho a conocer sus derechos; 2) derecho a recibir información adecuada del experimento, de los efectos y de los tratamientos alternativos no experimentales; 3) derecho a no recibir información que le pueda herir cuando ésta no ha sido solicitada (p. ej., un mal pronóstico o una escasa supervivencia); 4) derecho a salir del estudio en cualquier momento sin dar ninguna razón, sin que esto pueda perjudicarle posteriormente; 5) derecho a la confidencialidad de los resultados y a requerir su permiso si se necesitan detalles personales, y 6) derecho a tener una copia de los resultados finales del experimento en el que ha participado.

Por otra parte, proporcionar toda la información, especialmente cuando existen factores desfavorables sobre el pronóstico o supervivencia, no siempre conviene, y de hecho en muchas ocasiones se omite en la práctica médica habitual, fuera del ensayo clínico. En estos casos puede ser bastante complicado justificar razonablemente el fin del ensayo si se omite dicha información. También se ha aducido que el estado emocional del paciente, a veces influenciado por la noticia del diagnóstico o el estado de la enfermedad, hace difícil poder asimilar la información, hecho comprobado al preguntar posteriormente a los enfermos, quienes a veces no pueden recordar lo que se les ha dicho.

Ingelfinger ha hecho notar que la calidad del consentimiento informado depende de la educación y desarrollo intelectual de la persona. Indudablemente existen distintos grados de competencia, porque ésta depende de la capacidad para apreciar las diferencias entre distintas opciones y de la habilidad para discurrir y comunicar la decisión tomada.

Finalmente, por todos los motivos señalados hay quien afirma que la obtención del consentimiento informado en la práctica se ha convertido en un requisito legal que sirve más para la protección legal del investigador que para defender los derechos del enfermo.

2. Riesgos para los sujetos

Un segundo aspecto a considerar es el de los riesgos del ensayo. Existen dos tipos de reacciones adversas, tipo A dosis dependiente y tipo B, idiosincrásica. La toxicidad tipo A es relativamente más sencilla de estudiar ya que la mayoría de los ensayos clínicos son capaces de identificar efectos adversos cuya incidencia es del 1 por ciento. Este tipo de toxicidad tiene distinto grado de aceptabilidad según la gravedad (o mortalidad) de la enfermedad que pretende tratar. Los tratamientos contra el cáncer, por ejemplo, son fuente frecuente de toxicidad tipo A, y definir el grado tolerable o reversible de toxicidad constituye incluso un objetivo definido de los ensayos de Fase I con agentes citotóxicos. La toxicidad tipo B representa un problema más serio ya que es impredecible: ésta puede presentarse en ensayos no terapéuticos, por ejemplo, de quimioprevención, y en sujetos sanos.

Los análisis efectuados han indicado que la ocurrencia de lesiones irreversibles o fatales debidas a tratamientos experimentales es muy baja, 1:1.000 en ensayos terapéuticos y 1:100.000 en ensayos no terapéuticos y 1:100 en ensayos de fármacos antitumorales. Sin embargo, la existencia de riesgos graves impredecibles hace que se haya planteado la indemnización a los sujetos del ensayo.

3. Distribución de los enfermos por aleatorización

Es indudable que el ensayo clínico controlado es el instrumento válido para identificar el mejor tratamiento cuando las diferencias previstas son escasas y también es cierto que los resultados de los ensayos controlados son científicamente aceptables. El debate se ha situado en el grupo considerado como control, que puede recibir un tratamiento convencional poco eficaz o un placebo. Se ha intentado recuperar este grupo entre pacientes similares procedentes de series históricas, de series de la literatura, o de series concurrentes del propio centro o institución, encontrándose dificultades insalvables en relación a variables, sesgos y reproductibilidad. De hecho ha ido aumentando la aceptación, y en la actualidad aproximadamente un 40-50 por ciento de los estudios publicados en la literatura son controlados.

Se ha reclamado la atención hacia otro gran número de problemas en los ensayos controlados: imposibilidad de estudiar múltiples opciones, inestabilidad de los objetivos debido a los rápidos avances tecnológicos, dificultad en apreciar efectos colaterales o resultados tardíos durante las fases iniciales, valor intrínseco de las diferencias mínimas e influencia negativa sobre las actitudes del paciente y del médico.

Uno de los problemas no bien resueltos del ensayo comparativo es el momento en que debe interrumpirse el estudio en caso de aparecer diferencias estadísticamente significativas favorables a uno de los tratamientos. Por una parte, terminar precozmente el ensayo supone un riesgo si se acepta una probabilidad mayor de falso positivo y, por otra parte, esperar hasta que se han completado los casos previstos no es éticamente aceptable. Afortunadamente pueden utilizarse métodos de valoración continuada que pueden permitir simultáneamente controlar el riesgo de error y decidir precozmente la finalización del ensayo.

Por otra parte, el ensayo controlado ha permitido aumentar el conocimiento de la biología de la enfermedad y el estudio de los factores pronóstico, ya que permite efectuar análisis entre distintos ensayos y valorar conjuntamente los resultados. Estas técnicas, denominadas de meta-análisis, suponen un enriquecimiento muy importante también para el diseño de nuevos ensayos.

4. Descontento médico

Todos estos aspectos han provocado un cierto grado de rechazo por parte del médico que no hace participar a los enfermos en ensayos clínicos, especialmente cuando son controlados.

Parece difícil reconciliar la responsabilidad profesional, comprometida a obtener el bien del enfermo, con la responsabilidad científica, que desea el buen desarrollo de la investigación para favorecer a futuros pacientes.

Algunas de las premisas de los ensayos controlados son particularmente penosas cuando hay que informar al paciente sobre las razones para dar un placebo, cuando hay que explicar que se decide por sorteo la distribución de los enfermos entre los tatamientos del ensayo, o bien cuando el motivo más importante para hacer el ensayo es la ausencia de tratamiento eficaz o la escasa supervivencia de los enfermos.

Se han avanzado soluciones para algunos de estos inconvenientes. Freedman ha propuesto que el médico puede apear su opinión, a menudo decantada favorablemente hacia uno de los tratamientos contemplados en el ensayo controlado, adoptando como válido el criterio colectivo del ensayo, es decir, aceptando por encima de sus propias consideraciones las del ensayo. En este caso, frente a la pregunta de cuál es el mejor tratamiento, la respuesta sería impersonal: todavía no existen datos definitivos o seguros en opinión de la comunidad científica. Lo mismo se podría aducir en relación a terminar un estudio cuando los resultados, algo más favorables a una modalidad terapéutica, no llegan a tener significación estadística o cuando aparecen otros tratamientos eficaces en la literatura: todavía no han sido aceptados como definitivos por la comunidad científica.

De distinta forma, Zelen, para evitar el conflicto de aleatorizar a los pacientes, ha propuesto que en el estudio comparativo, donde un grupo recibe el tratamiento convencional, solamente los pacientes que reciben el tratamiento experimental deben dar el consentimiento, y que la distribución en ambos métodos se puede hacer antes de hablar con el enfermo.

Otra posible solución, factible en algunos ensayos, es que cada paciente reciba secuencialmente las distintas modalidades, primero una y después la otra, pero este método no es aplicable a todos los programas.

El número de enfermos que entran en estudios controlados es muy bajo y oscila entre el 7 y el 30 por ciento, según los ensayos. Entre las razones aducidas, además de la reticencia del médico, hay que destacar la existencia de numerosos criterios de elegibilidad difíciles de cumplir y la competitividad entre ensayos que se produce en las instituciones. Debido al bajo número de enfermos se ha argumentado que los ensayos controlados son difícilmente aplicables porque no son representativos de la enfermedad o de la población.

Sin entrar con detalle en aspectos marginales al hecho central del ensayo clínico hay que señalar también la connotación ética para el médico de otras particularidades como son la remuneración obtenida por la investigación, la ganancia profesional en prestigio o publicaciones y la existencia de aberraciones tales como plagio, fraude o engaño en las publicaciones de investigación biomédica, que pueden ser objeto de un análisis más profundo.

b) Ética médica

Hay que llamar la atención en que la ética científica contempla las normas elementales para que no se lesionen los derechos de la persona sometida al ensayo (información, libertad, indemnización...) siempre que el motivo y objeto de la investigación esté suficientemente justificado, por lo cual la ética científica no cuestiona la premisa básica sobre la autenticidad moral de la investigación. En realidad, cuando se sitúa a la ciencia en la cúspide del quehacer médico, el planteamiento es erróneo, ya que el acto médico es constitutivamente un acto moral y la Ética no comparte con la ciencia la prioridad que le corresponde.

El acto médico es un acto de servicio al enfermo. Como acto de servicio, y de acuerdo con Laín Entralgo, se fundamenta en tres principios: el principio de la máxima capacidad técnica, el principio de la máxima calidad (trabajo bien hecho) y el principio del máximo bien de la persona (autenticidad del bien). Este acto de servicio exige la referencia a la situación real que pone confianza y respeto en el enfermo y responsabilidad y ciencia en el médico, en una relación interpersonal donde el médico ejecuta aquello que conviene al enfermo con su expresa autorización.

Desde esta perspectiva la referencia básica de la ética médica es la ética del médico. Mientras el acto médico es constitutivamente un acto moral, el acto científico es moral solamente en cuanto a su intencionalidad. La Ética, por lo tanto, no debe tratar de recuperar mediante censura la legitimidad de los actos científicos, sino mantener la integridad de los actos médicos: el «hace cuanto pueda y sepa para el bien del enfermo» del Código Hipocrático.

Existe una cierta relación entre la ciencia y la Ética. En el método científico cronológicamente el primer acto consiste en formular una hipótesis (o teoría científica) después de recoger diversas observaciones relacionadas entre sí. Seguidamente esta teoría científica debe confirmarse experimentalmente. El experimento busca comprobar la hipótesis y, tras múltiples ensayos, conducir al enunciado de leyes científicas, unas de aplicación particular y otras de ámbito general. La valoración de los ensayos se hace mediante el análisis de los resultados, que consiste en el estudio de las colisiones entre las predicciones (hipótesis) y las observaciones (investigación).

La Ética a su vez regula la dirección de las actitudes humanas mediante reglas de conducta. La confrontación de las reglas de conducta y las actitudes constituye la crítica ética, cuyo paradigma es que el fin no justifica los medios. Como puede verse en la Tabla 4, esta relación no es de convergencia sino de paralelismo, por lo cual la única forma capaz de integrar ambas es mediante la subordinación de una a la otra.

TABLA 4

Adquisición de conocimientos por explicación	Dirección de actitudes humanas
Hipótesis, leyes generales	Reglas de conducta
Experimento: Colisión de las predicciones y las observaciones	Valoración del fin y de los medios
Teoría científica	Crítica ética
(Datos reales)	(Criterios legales y sociales)

En esta relación de subordinación es erróneo supeditar la Ética aunque se apliquen criterios deontológicos al proceso científico. Por el contrario debe subordinar la ciencia porque el argumento fundamental para resolver la relación entre ética y ciencia en Medicina es que la Ética impone

la exigencia de hacer actos médicos científicamente válidos.

El enfoque integrado y personalizado, entendido como el abordaje multidisciplinario al servicio del enfermo, se basa en las premisas de la medicina humanística: el acto médico como compromiso interpersonal, el respeto al paciente como persona y la medicina en equipo. El desarrollo científico es parte fundamental del acto médico, pero en ningún caso constituye el objetivo prioritario, sino que se encuentra subordinado a los intereses del enfermo. El paciente puede ser objeto de ensayo cuando generosamente consienta a ello, siempre que el experimento no desplace sus legítimos derechos y conveniencias.

Por lo tanto, es prudente rechazar el ensayo clínico controlado como la alternativa científica más adecuada: deben acreditarse aquellos métodos de valoración adecuados a la práctica clínica habitual, que hagan posible extraer conclusiones científicas correctas de actuaciones no homogéneas.

Se trata de reflejar en el acto médico la conducta humana normal. La vida diaria contiene multitud de ensayos con experiencias únicas y secuenciales, comparando resultados de actuaciones no homogéneas e incorporando las experiencias gratificantes. La repetición y el desarrollo gradual de actos que procuran un beneficio conduce a avances sólidamente fundamentados, como ha sido demostrado a lo largo de la historia de la Medicina.

En ocasiones, el experimento o ensayo clínico puede representar una alternativa ética válida cuando se cumplen, además de los requisitos obligatorios de los Códigos Deontológicos los siguientes criterios:

1. El ensayo clínico controlado está destinado a valorar aspectos que no pueden ser determinados de otra forma porque se dirigen a valorar diferencias mínimas

El estudio secuencial, construyendo y perfeccionando los métodos y las técnicas de manera gradual y progresiva, constituye el cauce normal de investigación porque utiliza y aprovecha los datos individualmente conseguidos. Solamente frente a programas acreditados que proporcionan diferencias mínimas cabe diseñar estudios comparativos. Esta premisa elimina el estudio diseñado para descartar una modalidad o técnica ineficaz (control no tratado) y puede permitir estudios de Fase III de tratamientos con diferencias casi inapreciables.

Si se anticipa que un nuevo método o tratamiento puede producir diferencias notables, no está indicado el ensayo controlado. Estas diferencias pueden ser en la tasa de curación o supervivencia, o en la calidad de vida. Es éticamente incorrecto hacer un estudio cuyos resultados indiquen, por ejemplo, un 30-50 por ciento más curaciones en el tratamiento experimental que el grupo control, ya que otras técnicas igualmente válidas secuenciales también hubieran podido llegar a las mismas conclusiones. Y aplicada a la calidad de vida: no sería éticamente correcto comparar, para la misma tasa de curación o supervivencia, un tratamiento que conllevase una mutilación grave, por ejemplo, amputación de la extremidad, con un tratamiento que permitiese conservar el miembro.

El ensayo clínico tiene, bajo esta premisa, un campo muy eficaz para estudiar tratamientos paliativos o sintomáticos destinados a mejorar la calidad de vida: actividad, nutrición, dolor, etc. También parece indicado en tratamientos preventivos cuyo efecto se demuestra tardíamente porque el ensayo controlado puede permitir la valoración prematura de los resultados.

Aceptar la premisa de las diferencias mínimas equivale a modificar la actitud de muchos investigadores, que solamente están satisfechos con resultados espectaculares.

2. El ofrecimiento del ensayo clínico ha contemplado la posibilidad de otras alternativas terapéuticas y las ha descartado en razón a la ineficacia de las mismas

En esta decisión, en la que difícilmente puede participar el enfermo, radica la responsabilidad del médico que conduce la investigación. No puede ofrecerse un ensayo que tenga una probabilidad desconocida, pero posiblemente baja, de respuesta ignorando tratamientos cuyas respuestas son pequeñas pero suficientemente comprobadas. Es decir, en estudios de Fase II, para mejorar las series, no deben utilizarse pacientes vírgenes de tratamiento, aunque los resultados del tratamiento convencional sean modestos, porque el paciente pierde una oportunidad real a cambio de una posibilidad de beneficio remota.

Esta premisa también conlleva la obligación de suspender un estudio, o bien proceder a su modificación, tan pronto como existan nuevas alterna-

tivas que aumenten las probabilidades de obtener un beneficio, y a pesar de que el estudio se encuentre inacabado o en fase avanzada. Se debe conseguir —a veces contra los intereses de la bioestadística— que el ensayo salvaguarde a toda costa la libertad de continuación, estimando como causa apropiada de abandono del mismo cualquier criterio médico o personal, sin consideración o la posibilidad de introducir tendencias viciosas en la valoración estadística final.

3. El ensayo proporciona el bien de todos los enfermos, o por lo menos existe una probabilidad similar de alcanzar el beneficio esperado para todos los enfermos

Esta premisa elimina muchos ensayos con un grupo control tratado con un placebo, ya que la principal aportación es demostrar la biología de la enfermedad sin tratamiento. Asimismo elimina los ensayos que representan un sacrificio personal en favor del beneficio de futuros enfermos. La solidaridad humana por el bien del prójimo justifica sobradamente el sacrificio personal, pero solamente puede realizarse un ensayo de tales características contando con el deseo expreso del enfermo.

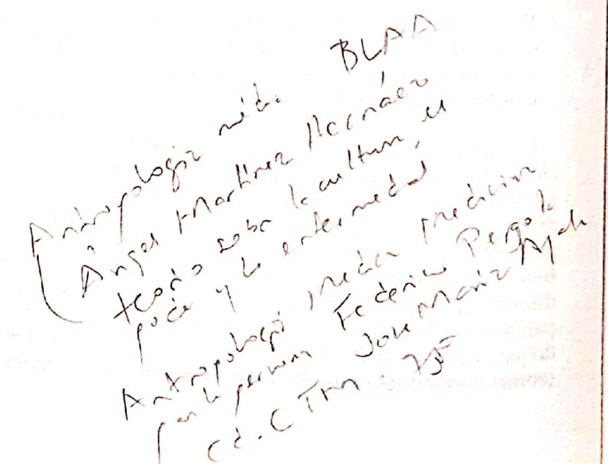
Esta premisa implica también que en los estudios de Fase I (búsqueda de dosis y toxicidad) todos los enfermos han de llegar a recibir dosis terapéuticas, eligiendo modelos que permitan el incremento de la dosis en cada uno de los pacientes estudiados.

4. El investigador ha ponderado los riesgos y peligros recabando suficiente información preclínica y dispone de los medios necesarios para neutralizar cualquier efecto indeseable o tóxico

Ante una toxicidad imprevisible, especialmente en voluntarios sanos, con fármacos inocuos o en ensayos de quimioprevención, debe asegurarse la indemnización o la compensación económica del enfermo o sujeto del ensayo.

Como resumen puede decirse que, en cualquier caso, el médico debe presentar el ensayo clínico como un procedimiento extraordinario, nunca como la actuación habitual y debe ser explícita la voluntad del paciente en agotar todas las oportunidades y recursos disponibles antes de recomendarle el ensayo clínico.

A la cuestión final sobre si es posible efectuar un trabajo científico sin sacrificar la naturaleza del acto médico, se puede responder que se hacen actos médicos científicos.



Bibliografía

APPELBAUM, P. S.; GRISSO, T.: «Assessing patients' capacities to consent to treatment», en *The New England Journal of Medicine*, 319, 1988, pp. 1635-1638.

BEGG, C. B.; POCOCK, S. J.; FREEDMAN, L.; ZELEN, M.: «State of the art in comparative clinical trials», en *Cancer*, 60, 1987, pp. 2811-2815.

BINNS, T. B.: «Therapeutic risks in perspective», en *The Lancet*, 11, 1987, pp. 208-209.

BOE. 108, 6 de mayo de 1987; BOE. 192, 12 de agosto de 1982.

BURKHARDT, R.; KIENLE, G.: «Basic problems in controlled trials», en *Journal of Medical Ethics*, 9, 1983, pp. 80-84.

BUYSE, M. E.; STAQUET, M. J.; SYLVESTER, R. J.; *Cancer Clinical Trials: Methods and practice*, Oxford, Oxford Medical Publications, 1988.

BYAR D. P.; SIMON, R. M.; FRIEDEWALD, W. T.; SCHELSSELMAN, J. J.; DE METS, D. L.; ELLENBERG, J. H.; GAIL, M. H.; WARE, J. H.: «Randomized clinical trials: Perspectives on some recent ideas», en *The New England Journal of Medicine*, 295, 1976, pp. 74-80.

CARDON, P. V.; DOMMEL, F. W.; TRUMBLE, R. P.: «Injuries to research subjects: A survey of investigators», en *The New Englad Journal of Medicine*, 295, 1976, pp. 650-654.

CHARLESON, M. E.; HORWITZ, R. I.: «Applying results of randomized trials to clinical practice: Impact of losses before randomization», en *British Medical Journal*, 289, 1984, pp. 1281-1284.

DERSIMONIAN, R.; CHARLETTE, L. J.; MCPEEK, B.; MOSTELLER, F.: «Reporting on methods in clinical trials», en *The New England Journal of Medicine*, 306, 1982, pp. 1332-1336.

Editorial: «Consent: How Informed?», en *The Lancet*, 1, 1984, pp. 1445-1447.

ELLENBERG, S. S.: «Meta-analysis: The quantitative approach to research review», en *Seminars in Oncology*, 15, 1988, pp. 472-481.

ESTEY, E.; HOTH, D.; SIMON, R.: «Therapeutic response in phase I trials of anti-neoplastic agents», en *Cancer Treatment Repertory*, 70, 1986, pp. 1105-1106.

FREEDMAN, B.: «Equipoise and the ethics of clinical research», en *The New England Journal of Medicine*, 317, 1987, pp. 141-145.

HERXEIMER, A.: «The rights of the patient in clinical research», en *The Lancet*, 2, 1988, pp. 1128-1130.

INGELFINGER, F. J.: «Informed (but uneducated) consent», en *The New England Journal of Medicine*, 287, 1972, pp. 465-466.

LAÍN ENTRALGO, P.: *Antropología médica para clínicos*, Barcelona, Salvat, 1984, p. 439.

MILLER, A. B.; HOOGSTRATEN, B.; STAQUET, M.; WINKLER, A.: «Reporting results of cancer treatment», en *Cancer*, 47, 1981, pp. 207-214.

PETO, R.; PIKE, M. C.; ARMITAGE, P.; BRESLOW, N. E.; COS, D. R.; HOWARD, S. V.; MANTEL, N.; MCPHERSON, K; PETO, S.; SMITH, P. G.: «Design and analysis of randomized clinical trials requiring prolonged observation o each patient, I: Introduction and design», en *British Journal of Cancer*, 34, 1976, pp. 585-612; «II: Analysis and examples», en *British Journal of Cancer*, 35, 1977, pp. 1-39.

PIANTADOSI, S.: «Principles of clinical trial design», en *Seminars in Oncology*, 15, 1988, pp. 423-433.

SCHAFER, A.: «The ethics of the randomized clinical trial», en *The New Englad Journal of Medicine*, 307, 1977, pp. 719-724.

SIMON, R.: «How large should a Phase II trial of a new drug be?», en *Cancer Treatment Repertory*, 71, 1987, pp. 1079-1085.

TAYLOR, K. M,; SHAPIRO, M.; SOSKOLNE, C. L.; MARGOLESE, R. G.: «Physician response to informed consent regulations for randomized clinical trials», en *Cancer*, 60, 1987, pp. 1415-1422.

VAN EYS, J.: «Clinical reserarch and clinical care: Ethical problems in the "War on Cancer"», en *American Journal of Pediatric and Hematologic Oncology*, 4, 1982, pp. 419-423.

WEED, D. L.: «Ethics and chemoprevention research», en *Seminars in Oncology*. 10, 1983, pp. 355-359.

29th WORLD MEDICAL ASSEMBLY: *Declaration of Helsinki*, revisada en 1975, Tokio.

ZELEN, M.: «A new desing for randomized clinical trials», en *The New Englad Journal of Medicine*, 300, 1979, pp. 1242-1245.

«Early stopping, interim analysis, and monitoring committees: What are the trade-offs?», en *Journal of Clinical Oncology*, 5, 1987, pp. 1314-1315.

20. LA OBLIGATORIEDAD ÉTICA DE ASISTIR AL PACIENTE

D. Voltas i Varó

Introducción

Los valores éticos de una sociedad y las leyes civiles que la rigen, en determinados períodos de la historia, aparecen como claramente insuficientes o incluso contradictorios con principios éticos inspiradores de la conducta profesional del médico.

Cada profesión se marca a sí misma, a la luz de la ética, una normas reguladoras de la conducta profesional de sus miembros. Las Corporaciones Médicas plasman estas normas en los códigos deontológicos teniendo en cuenta la naturaleza de las decisiones que habitualmente debe tomar el médico y que afectan a la vida, la intimidad y la muerte de las personas, lo que otorga a dichos códigos unas características muy especiales.

Desde tiempo remotos la ética profesional ha quedado reflejada en los códigos de las distintas civilizaciones. En Egipto se han encontrado papiros que datan de 1.600 años antes de Cristo, en los que se detallaban reglas de actuación médica. En Mesopotamia el gran rey Hammurabi promulgó un código regulador de la actividad profesional de los médicos, sus deberes y obligaciones, castigando, a veces con extrema dureza sus actuaciones defectuosas.

Los griegos recogieron y adaptaron las enseñanzas de egipcios y babilonios, aunque con Esculapio concedieron mayor importancia a la representación mágica de la Medicina, si bien trataban por igual a ricos y pobres. Con Hipócrates se recuperó la primacía del método científico, basado en la rigurosa observación del enfermo, desarrollando al mismo tiempo un estricto código moral de actuación, reflejado en el famoso juramento hipocrático, que ha llegado hasta nuestros días. En contraste con Esculapio, propugnaban un determinado nivel de asistencia para todos y un nivel máximo para la elite. Con Hipócrates se inicia una relación médico-paciente de tipo paternalista, que ha ido persistiendo a través de los siglos.

El cristianismo propugnó desde el principio, como Esculapio, igualdad de trato para todos. En un código de medicina chino puede leerse que todos los enfermos deben ser tratados por igual y que el médico debe ver en la miseria del paciente la suya propia.

Entre los romanos, el Estado asumió la responsabilidad de la sanidad, aunque posiblemente se hacía más por preservar a los sanos que para cuidar a los enfermos. La mayoría de los médicos eran extranjeros, siendo Galeno, de origen griego, el más notorio.

En todos los códigos deontológicos, así como en las Declaraciones de todas las Asociaciones Médicas, se ha venido insistiendo de un modo claro en el principio de no discriminación.

Los derechos del médico

El médico debe atender al paciente, sin discriminación de sexo, raza, religión o ideas y toda una serie de consideraciones más. Tantas que podría parecer que el médico ha de atender exclusivamente a las circunstancias del enfermo y adaptarse a las convicciones del mismo, olvidando sus propias circunstancias y convicciones.

Algunos parecen creer que es el enfermo quien debe dictar las normas de conducta del médico y que éste debe poner las convicciones del enfermo por encima de las suyas propias, tanto científicas como éticas, olvidando que también el médico está sujeto a unas normas de conducta profesional que le obligan a negarse a determinadas peticiones del paciente, sin que ello suponga una falta de atención. Todo lo contrario. El médico pone al

servicio del bien del paciente toda su ciencia, y ésa es precisamente la primera obligación del médico: estar preparado y seguir preparándose, día a día, para estar en las mejores condiciones profesionales posibles, según el estado del arte y de la ciencia médica del momento.

En la actualidad, los derechos de los pacientes han sido explicitados por doquier. ¿Y los derechos de los médicos? Parece como si sólo tuvieran obligaciones. ¿Y los deberes de los enfermos? ¿Acaso no entra en estos deberes el respeto al médico como profesional y como persona?

Cuando tanto se airean los deberes y obligaciones es que algo funciona mal o no funciona. Si la atención que los médicos prestan y las instituciones ofrecen fuera correcta y satisfactoria, ¿se sacarían a relucir derechos y obligaciones? Es posible que el hecho de que haya que recordarlos sea precisamente porque se han ido olvidando. La masificación de las consultas, la falta de libertad en la elección del médico, la carencia de incentivos a la labor del médico y la aceptación, por parte de éste, de su papel de simple asalariado pueden ser en buena medida causantes de esta situación. Resulta difícil para el médico aceptar a un enfermo que rechaza su plan terapéutico o atenderlo cuando se le muestra desconfiado e incluso hostil.

¿Cuándo termina la obligación ética del médico?

La obligación ética de atender al paciente cesa cuando éste rechaza la medicación o el tratamiento propuesto y se niega a aceptar las directrices que le señala el médico. Ni el enfermo está obligado a aceptar cuanto le proponga el médico ni éste ha de amoldarse a las exigencias de enfermo. Cuando surgen estos conflictos es porque falta confianza en la relación médico-enfermo.

El médico tampoco está obligado a efectuar actos que choquen con la ética profesional, aunque las leyes civiles los autoricen. Ningún médico debe sentirse obligado, ni se le puede forzar, a practicar abortos o esterilizaciones, al igual que no debe prestarse a colaborar en torturas o ejecuciones. Tan sólo estará éticamente obligado a intervenir si en el transcurso de alguno de estos actos surgieran complicaciones que requieran atención médica urgente e inmediata y no hubiera ningún otro médico capacitado para prestar el auxilio necesario.

La salud como derecho

El derecho a la salud se ha consolidado en el transcurso de las ultimas décadas e incluso se recoge en las constituciones de algunos países. Ya no se trata sólo del derecho a recibir atención medica en caso de enfermedad, sino del derecho del individuo a no enfermar, a mantenerse en perfectas condiciones de salud. El médico ya no puede limitarse a atender a los enfermos. Los sanos reclaman, exigen su derecho a seguir gozando de buena salud. Y en este punto es donde pueden surgir discrepancias sobre la obligatoriedad ética del médico a satisfacer estas demandas, sobre todo cuando el concepto de salud se interpreta de un modo tan amplio que abarca incluso al bienestar social.

Las peticiones del paciente y las obligaciones del médico

¿Puede alterar un embarazo la salud, siquiera la mental, de la mujer? ¿Cabe considerar el embarazo como una enfermedad? ¿Tiene el médico la obligación ética de atender una petición de esterilización, sea masculina o femenina, sin que exista de por medio enfermedad alguna que lo justifique? La respuesta es sencilla y compleja al mismo tiempo. El médico no tiene obligación ética alguna de acceder a las pretensiones del cliente (ya que no cabe la calificación en estos casos ni de enfermo ni de paciente). La complejidad reside en que son muchos los médicos que trabajan al servicio del Estado y éste puede considerar como un bien para la salud publica el llevar a la práctica determinadas medidas, acordes con su ideología, viéndose el médico obligado a escoger entre sus convicciones éticas y las exigencias que le impone la Administración, basándose en que el médico trabaja a su servicio. Por mucho que la Constitución tutele el derecho a la objeción de conciencia y por mucho que se hable del respeto al objetor, existe en la práctica una discriminación evidente, con unas perspectivas futuras nada halagüeñas. Es posible que, como ha sucedido en otros países, para acceder a determinadas plazas se impongan unas condiciones previas, para de esta forma evitar que el médico se acoja luego a la cláusula de la objeción, tal y como hasta ahora ha sucedido, permitiéndole actuar de acuerdo con la ética profesional.

Un refugio en el anonimato

El médico puede sentirse tentado a refugiarse en la medicina de «equipo», ese conglomerado sanitario, sin cabeza visible, sobre el que puede descargar —en el anonimato— la responsabilidad que debería asumir, liberándose así de una pesada carga, en unos tiempos en que la actuación profesional está siendo cada vez más cuestionada.

En el equipo se encuentra a salvo, protegido, aun a costa de despersonalizarse. Prefiere sentirse parte de un engranaje sólido, inatacable, ante el que se estrellan las quejas de enfermos y familiares, reclamando unos derechos, unas explicaciones, una información que aplaque su angustia. Nadie del equipo parece querer responsabilizarse por completo de suministrar esta información. O tal vez suministra de modo impersonal, como si se diera un resumen de las noticias del día, un parte médico que informa pero que no explica, que está en buenas manos. Es un buen equipo, de esto no tiene ninguna duda, pero echa en falta un poco más de humanidad en el trato, poder crear unos lazos, fáciles de establecer cuando se trata de personas concretas, pero imposibles cuando hay tantas manos que estrechar, unas manos eficaces pero sin rostro, cada vez mas impersonales y desconocidas para el enfermo.

El deber profesional del médico

El médico tiene la obligación ética de atender al enfermo. Y atender no significa sólo explorar, diagnosticar, pronosticar, informar y prescribir una medicación. Atender significa escuchar, comprender al enfermo. Ayudarle a superar su miedo. Ayudarle a recuperarse, ayudarle a morir, si éste es el desenlace previsible de su enfermedad.

El médico no debe sentirse fracasado si la evolución de la enfermedad no sigue el curso previsto o deseado. Pero falta a su deber profesional cuando se desentiende del enfermo porque cree que ya ha hecho todo lo técnicamente posible, obviando hacer todo lo humanamente posible y atender con solicitud al moribundo hasta el inevitable final. No se fracasa por no curar, sino por no cuidar.

El deber colectivo y el deber personal

Cabe distinguir la existencia de un deber colectivo y un deber personal. El deber colectivo, asignado a la profesión médica correspondería a lo que algunos han llamado «contrato social», que puede interpretarse por algunos, como la responsabilidad de la Sociedad a través de los gobiernos. El deber personal, en cambio, consiste en la obligatoriedad ética, individualizada, de tratar a los pacientes, un deber este que está vinculado a la entera tradición de la Medicina. Sin embargo, resulta difícil encontrar estudios históricos que versen sobre «el deber de tratar». Se trata más bien de una tradición oral, que se basa más en el argumento contrario: se consideraba que los médicos que rehuían aceptar el riesgo de contraer enfermedades no deberían seguir practicando la Medicina. El médico debía enfrentarse a la enfermedad, aun a riesgo de su propia vida, tal como se recoge en el primer Código de Ética de la Asociación Medica Americana, aparecido en 1847.

El deber individualizado de tratar a los pacientes, sobre todo cuando existen riesgos evidentes de contagio, se basa en la concepción tradicional del médico virtuoso. Pero lo que puede cuestionarse es la fuerza o el grado de este deber. Para unos, el deber de curar permanece mientras la enfermedad del paciente no amenace sus propias vidas. Para otros, la profesión les exige correr toda clase de riesgos.

Hay algunos rasgos que son distintivos en este deber de atender al paciente, Así se ha identificado al buen médico con aquel que acepta correr riesgos para seguir atendiendo a sus pacientes. Este deber remite a la necesidad y vulnerabilidad del paciente e interpela a quien puede ayudarle por sus conocimientos. Este deber se apoya en «el reclamo de la debilidad». Es un deber individual y concreto para todos y cada uno de los médicos que posean los conocimientos requeridos en cada caso. Es distinto a la obligación que surge de un contrato, obligación que, si existe, se sobreañade pero sin perder de vista que el deber individual es anterior.

De estas consideraciones se derivan importantes implicaciones para reivindicar que los médicos también deben tener libertad de elección-aceptación del enfermo. Si el médico tiene la obligación ética de tratar al enfermo, el ámbito de elección del enfermo ha de quedar forzosamente reducido.

Las razones para rechazar pacientes no podrán, por consiguiente, basarse en el capricho, la comodidad o la discriminación, cualquiera que fuese

su causa, es decir, las razones para negarse serán del mismo tenor que la razón que le obliga, es decir, de índole ética. Éstas son muy excepcionales y se limitan a la falta de competencia en aquel campo específico, a que el enfermo rechace el tratamiento propuesto o le manifieste desconfianza. Hasta aquí nadie duda de esta legitimidad. Las dificultades para determinar cuándo el médico puede negarse a tratar un paciente aparecen con los peligros de las enfermedades contagiosas. ¿Qué límite es previsible en este riesgo? ¿Hasta dónde hay obligación ética de llegar? ¿De qué depende? ¿Del coraje profesional? ¿De la generosidad? ¿De los riesgos para terceras personas, en las que cabe incluir los familiares del médico? ¿De las ventajas que obtiene el paciente? Evidentemente no es lo mismo arriesgarse sin tener esperanza de poder curar que cuando se está moralmente seguro que la intervención del médico salvaría la vida del paciente.

En 1987, la Asociación Medica Americana se reafirmó, a propósito del tratamiento a enfermos de SIDA, en el deber de tratar a estos pacientes, a pesar de los posibles riesgos. La valoración de estos riesgos suscita algunas controversias. No hay duda de que dedicarse por completo al enfermo. El espíritu de la medicina es de dedicación total y absoluta y el enfermo espera de su médico esta entrega total, ya que conoce las causas de su dolencia y, por consiguiente, está más capacitado que nadie para comprenderle y aliviar su dolor y su sufrimiento.

Se ha pasado, quizás demasiado bruscamente, del médico-protector —al que recurría el enfermo en busca de alivio para sus dolencias— al médico-asalariado, tristemente llamado «trabajador de la salud», a quien se le exige atender al enfermo en virtud del contrato laboral que le liga monetariamente, aunque no efectivamente, al paciente.

Algunos artículos del Código de Deontología Médica

En todos los códigos deontológicos quedan explicitados los deberes del médico hacia sus pacientes. Del Código de Deontología Médica publicado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (edición de abril de 1987) destacamos los siguientes artículos que hacen referencia a la obligatoriedad ética de asistencia al enfermo:

«Art. 8.° El Médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos sus enfermos, sea cual fuere su religión, raza, nacionalidad, ideas políticas, condición social y sentimientos que le inspiren.

Art. 9.° Todo Médico que se encuentre en presencia de un enfermo o de un herido, deberá prestarle su ayuda o asegurarse que recibe los cuidados necesarios.

Art. 10. En caso de catástrofe, peligro público o riesgo de muerte, el Médico no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a ello por las autoridades cualificadas, siempre que no viole su conciencia profesional.

Art. 20. El Médico podrá negarse a prestar su asistencia, cuando esté convencido de que no existen las relaciones de confianza indispensable entre él y el paciente, a condición de advertir de ello al enfermo o a sus familiares o allegados, y asegurar la continuidad de los cuidados y proporcionar todos los datos útiles al Médico que le sustituya.

Art. 21. Si el enfermo debidamente informado se negare a un examen u otro tratamiento propuesto, el Médico puede declinar su actuación en las mismas condiciones previstas en el artículo anterior.

Art. 23. Cuando el enfermo no estuviere en condiciones de prestar su consentimiento a la actuación médica, cuando fuere menor de edad o incapacitado y resultare imposible o inoportuno obtener el consentimiento de su familia o representante legal, el Médico podrá y deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

Art. 27. Salvo fuerza mayor, el Médico no puede ejercer su profesión en condiciones que comprometan gravemente la calidad de la atención y de los actos médicos.

Art. 28. Cualquier Médico esta habilitado para practicar todos los actos de diagnóstico, prevención, prescripción y tratamiento, pero, salvo circunstancias excepcionales, no deberá emprender cuidados, ni formular prescripciones en campos con los que no esté familiarizado.

Art. 129. Los Médicos nunca podrán participar, ni siquiera de forma indirecta, en ninguna actividad destinada a la manipulación de la conciencia de las personas, ni en prácticas de represión física o psíquica, o tratos crueles, inhumanos o degradantes, destinados a disminuir la capacidad de resistencia humana; antes al contrario están obligados a denunciarlos y luchar contra ellos.»

En la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, celebrada en París el 6 de enero de 1987, se aprobaron los Principios de Ética Médica Europea, de los que reproducimos los relacionados con el tema que nos ocupa:

«Art. 1.° La vocación del médico consiste en defender la salud física y mental del hombre y aliviar su dolor en el respeto por la vida y la dignidad de la persona humana, sin distinción edad, raza, religión, nacionalidad, condición social e ideología política, o cualquier otra razón, tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra.

La vocacion del médico es cuidar a quien precise de sus servicios; es una obligación que él mismo se ha impuesto desde el momento en que ha escogido la Medicina como profesión.

Art. 2.° El médico, en el ejercicio de su profesión, se compromete a dar prioridad a los intereses de salud del enfermo. El médico sólo podrá utilizar sus conocimientos profesionales para mejorar o mantener la salud de aquellos que confían en él, a petición de los mismos; en ningún caso pueden actuar en perjuicio suyo. La autonomía del paciente debe prevalecer, siempre que no entre en grave colisión con el código moral del médico, tratando de obligarle a aceptar decisiones que, según juzga, van en contra del bien del enfermo.

Art. 3.° El médico no puede imponer al enfermo sus criterios personales, filosóficos, morales o bien políticos, en el ejercicio de su profesión. Pero tampoco debe aceptar, por el contrario, que sea el enfermo quien trate de imponer al médico sus propios criterios, pudiendo el médico rehusar atender a dicho enfermo, siempre que pueda ser atendido por otro colega.

Art. 4.° Salvo en caso de urgencia, el médico debe informar al enfermo sobre los efectos y posibles consecuencias del tratamiento. Obtendrá el consentimiento del paciente, sobre todo cuando los actos propuestos presenten un serio peligro.

El médico no puede sustituir su propio concepto de la calidad de vida por el de su paciente.

La confianza en la relación médico-enfermo ayuda a superar las posibles diferencias de criterio. La libre elección de médico por parte del enfermo es fundamental para evitar la mayoría de los conflictos.

Art. 17.° Para un médico, es conforme a la ética —en base a sus propias convicciones— negarse a intervenir en el proceso de reproducción o en caso de interrupción del embarazo o aborto, invitando a los interesados a solicitar el consejo de otros compañeros.

Esta negativa puede extenderse a otros procesos, cuando el médico no pueda aceptar el criterio del paciente responsable, por juzgarlo lesivo para el interés del propio paciente. Expuestas sus razones, deberá remitir el enfermo a otros compañeros.

Art. 33.° El médico, sea cual fuere su especialidad, debe considerar un deber atender a los cuidados de urgencia de un enfermo en peligro inminente, a no ser que se garantice que otros médicos pueden facilitar tales cuidados y que están capacitados para hacerlo.

Es una obligación ética atender las urgencias, sean cuales fueren, como podrían ser las de complicaciones subsiguientes a un aborto, aunque él no hubiera intervenido por haber alegado objeción de conciencia, siempre que no hubiera otros compañeros en disposición de ocuparse del caso. Aunque se trate de una intervención subsiguiente a otra éticamente contraria al criterio del médico, debe prestar ayuda en caso de que peligre la vida de la paciente, y esa actuación no vaya en contra de sus propios principios éticos.

Art. 34.° El médico que acepta atender a un paciente se compromete a garantizar la continuidad de su asistencia y, de ser necesario, solicitando la ayuda de médicos adjuntos, médicos suplentes o bien de socios con competencia adecuada. La «adjudicación» de enfermos, en cupos, a los médicos, dificulta notablemente este compromiso, siéndole difícil rehusar atender a un enfermo, cuando parece que el sueldo que se le paga le obliga a aceptar todos los pacientes que se le remitan y que el único que tiene poder para poner fin a esta precaria relación es el enfermo.

Art. 35.° La libre elección de médico por parte del enfermo constituye un principio fundamental de la relación médico-enfermo. El médico debe respetar y hacer respetar tal libertad de elección.

Por cuanto respecta al médico, éste puede negarse a prestar asistencia sanitaria, salvo si se trata de un enfermo en peligro.»

En este artículo se resume el origen de la mayoría de los conflictos en la asistencia sanitaria. Evidentemente es un problema de no fácil solución, dada la estructuración de la medicina actual, pero si logramos encontrar una solución satisfactoria habremos conseguido una medicina mejor, tanto para el enfermo (autonomía) como para el médico (beneficencia) y, en definitiva, para la justicia social.

Bibliografía

American College of Physicians Ethics Manual, en *Annals of Internal Medicine*, 101, 1984.

ARRAS, J. D.: «La frágil estructura de la responsabilidad: El Sida y el deber de tratar. Informe Hastings», en *Jano*, XXXVII, 24-30 noviembre de 1989, p. 885

Código de Deontología Médica, Madrid, Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, 1987.

DRANE, J. F.: «La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influencia en España», en *Fundamentación de la Bioética y manipulación genética*, Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 1988.

GAFO, J.: *Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 1986.

HERRANZ, G.: «La protección de la debilidad. Un valor ético fundamental en Medicina», *Comunicación a la Conferencia Internacional Pro Vida*, Palma de Mallorca, 12-14 febrero 1988.

OUTKA, G.: «Social Justice and equal access to health care», en REISEL, S. J., et al.: *Ethics in Medicine. Historical perspectives and contemporary concerns»*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1978, 4.ª ed.

Principios Europeos de Ética Médica, aprobados por la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, París, 1987.

Report of the 7th Meeting of the Committee of Experts on Legal Problems in the Medical Field, Estrasburgo, 1983.

SCORER, G. Y.; WING, A.: *Problemas éticos en Medicina*, Barcelona, Doyma, 1983.

SZASZ, T. S.: «The right to health. Ethics in Medicine», en *Georgetown Law Journal*, 57, 1969, pp. 734-751.

VOLTAS, D.: «Los Comités de Ética en los hospitales», en *Ética y Medicina*, Madrid, Espasa-Universidad, 1988.

WALTON, J.: «Consejo General Médico del Reino Unido: su organización y funciones disciplinarias y éticas», Conferencia pronunciada en el II Congreso Nacional de Comisiones de Deontología Médica, Barcelona, 1985.

21. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES

M. Castellano Arroyo

El concepto de consentimiento informado

En las líneas que siguen, la autora de esta colaboración se propone abordar el delicado tema del consentimiento informado, desde la perspectiva de su especialidad, es decir, dando un mayor énfasis a los aspectos legales y estrictamente técnicos, por entender que en un manual como éste, las consideraciones éticas y morales de esta relevante cuestión —que tan importantes son— han sido ya abordadas en otros capítulos, a los que se remitirá cuando convenga al lector.

Se define el consentimiento como el acuerdo de voluntades de las partes contratantes que se manifiesta con el concurso de la oferta y la aceptación sobre la cosa y la causa que han de constituir el contrato (*Gran Enciclopedia Larousse*, 1987).

El consentimiento del paciente para las actuaciones médicas tiene un profundo sentido en el seno de las relaciones médico-enfermo, ya que éstas gozan jurídicamente de la condición de contractuales.

Desde nuestro punto de vista estas relaciones pueden estudiarse en las tres dimensiones siguientes: a) profesional o técnica, b) económica o material, y c) antropológica:

a) El médico es un profesional que dispone de unos conocimientos y preparación que le capacitan para la prevención de las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento usando de los medios técnicos adecuados en cada caso.

b) Cuando el paciente acude al médico va buscando estos servicios profesionales, por los que el médico recibe la contraprestación económica correspondiente, sea directamente del paciente en el caso de la medicina privada, sea del Estado o de las instituciones en la medicina pública.

c) Y, en tercer lugar, señalamos el aspecto antropológico, que es importante y trascendente y se da en el seno de la relación médico-paciente. El enfermo es una persona que está necesitada de la asistencia médica, que sufre física y espiritualmente con su enfermedad y que, por esa razón, se encuentra en situación de dependencia y minusvalía frente al médico. Por todo esto la conducta del médico para con él debe alcanzar la mayor calidad técnica y humana posibles, de manera que favorezca su confianza, algo que es imprescindible para la buena marcha de su tratamiento.

En el marco del Derecho Civil el contrato que surge entre el paciente y el médico se ha llamado «contrato asistencial o contrato médico», siendo sus características principales las siguientes: 1) es un contrato personalísimo, 2) es oneroso, 3) consensual, y 4) de trato sucesivo.

La doctrina acerca de la naturaleza jurídica del contrato médico es numerosa. Según Fernández del Hierro (1985) y Ataz López (1985), las teorías aquí implicadas son la del mandato, de la comisión civil, del arrendamiento de obra, servicios y empresa y las de contrato de trabajo, contrato multiforme y contrato innominado. Para Gisbert (1985), este contrato fundamentalmente, se asemeja al de «arrendamiento de servicios», aunque mantiene con éste ciertas diferencias, como las siguientes: en nuestro caso es un contrato de medios (los conocimientos y la técnica al servicio del diagnóstico y la terapéutica), pero no es un contrato de resultados, ya que éstos no pueden preverse de manera exacta y rigurosa, y la curación e incluso la mejoría no pueden garantizarse en todos los casos.

Atendiendo a las partes que intervienen, se trata en el caso de la medicina individual de un contrato bipartito y directo entre el médico y el paciente, habitualmente verbal y continuado en el tiempo. En la medicina colectiva (administrativa, institucional, empresarial y fundacional), el contrato pasa a ser tripartito, ya que entre el médico y el paciente se introduce la figura del Estado o la institución que contrata, de un lado, al médico, mientras que, del otro, se comprometen con el paciente a garantizar, en caso necesario, su asistencia sanitaria. En esta modalidad el contrato sí puede ser escrito, manteniendo el médico un estatus laboral, funcionarial o de otro tipo.

Con independencia de la situación administrativa, el contrato que subyace en las relaciones médico-paciente conlleva siempre unos deberes y derechos mutuos, presentes en cada acto o prestación médica y, en general, en toda relación.

El primer derecho de ambas partes debe ser la libertad de la relación. En la medicina privada esa libertad es completa, ya que el paciente elige libremente al médico, generalmente inspirado en razones de competencia profesional y probidad personal. En la actual organización de la medicina pública esta elección no se produce: ahora bien, si surgen problemas de relación entre el médico y el paciente que demuestran la pérdida del respeto o la confianza mutua (tales como la no cumplimentación del tratamiento, consultar simultánea y ocultamente con otro facultativo, visitar a un curandero u otras personas legas, etc.), se debe producir la interrupción de la relación y la asignación de este paciente a otro facultativo.

La libertad de la relación médico-paciente tiene una gran importancia legal por tratarse, desde la perspectiva jurídica, de un contrato aceptado por las partes. El mero hecho de que el paciente acuda al médico conduce a la presunción de que lo hace libremente, lo cual supone la aceptación de la relación y sus consecuencias. Esta aceptación inicial se prolonga luego en el consentimiento o aceptación de las prescripciones médicas. No podemos perder de vista, sin embargo, que todo acto de consentir implica estar previamente informado de las circunstancias de aquello que se acepta o rechaza. Por eso, en adelante consideraremos que información y consentimiento van estrechamente unidos, en este contexto, no pudiendo desvincularse el uno del otro.

Subrayando la base legal ya analizada, el Código de Deontología Médica considera la información como un deber del médico hacia su paciente. Sin embargo, con la exigencia de calidad que lo inspira deja al médico como juez capaz de transmitir esa información en la forma en que sea más favorable para el enfermo eligiendo el contenido, el momento y el modo de hacerlo. Esto lo expresa como sigue:

> «El médico deberá informar a su paciente de las razones y de los efectos esperados de las medidas diagnósticas y terapéuticas, a no ser que renuncie a ello. Dará esta información de modo que no resulte perjudicial para el enfermo. Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante, el médico, además de proporcionar la información suficiente, se preocupará de obtener por escrito el consentimiento informado y libre del paciente.»
>
> «En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su enfermedad y le informará, con delicadeza, circunspección y sentido de la responsabilidad, del pronóstico más probable (...), El médico juzgará si, en alguna ocasión, puede ser legítimo no comunicar inmediatamente al enfermo un pronóstico grave o fatal.»

Desde la perspectiva histórica, podemos considerar que, en España, el consentimiento para las actuaciones médicas ha pasado por las siguientes etapas:

a) Predominio de la medicina privada y de las relaciones basadas en la confianza

Esta primera etapa se corresponde con la medicina tradicional, caracterizada por ser poco agresiva, poco intervencionista y, desde luego, menos eficaz. El médico usaba mucho de su palabra como remedio terapéutico, alcanzando dentro de las familias el papel de autorizado consejero que despertaba sentimientos de respeto y confianza. En este ambiente suponía el consentimiento permanente del paciente en relación con una información, por lo general suficiente, respecto de su enfermedad; por eso, sólo se consideraba expresamente el consentimiento en el ámbito de la cirugía. Cuando un paciente necesitaba de una intervención quirúrgica, el cirujano que iba a realizarla, como jefe del equipo, procedía a informarle de las características de la enfermedad que le aquejaba y del tipo de tratamiento que exigía: la explicación del aspecto técnico de la intervención solía ser muy elemental o inexistente, e iba seguido de la aceptación verbal por el paciente o sus familiares y de una forma tácita o expresa. Fuera de la cirugía el acto formal de la obtención del consentimiento era algo excepcional.

b) Consentimiento para la cirugía y otras técnicas de exploración que entrañan alto riesgo

La evolución de la Medicina en los últimos años ha proporcionado unos avances técnicos y químicos que se han aplicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Esto ha conducido a un mayor intervencionismo, lo que, a su vez, lleva implícitos mayores riesgos.

En el ejercicio de las diferentes especialidades médicas, progresivamente se han ido aplicando numerosas y sofisticadas técnicas de exploración y tratamiento (arteriografías, biopsias, quimioterapia, radioterapia, etc.), que han llevado a los médicos a sentir la necesidad de proporcionar al paciente una información más específica sobre esas técnicas y sus riesgos, así como la necesidad de obtener el consentimiento previo a su aplicación, aunque era suficiente que éste se otorgara de forma verbal.

c) Consentimiento escrito para la cirugía, las técnicas de exploración de alto riesgo y otras técnicas quirúrgicas especiales

A la aparición de esta tercera etapa han contribuido un mayor conocimiento de la responsabilidad médica en los países más desarrollados, especialmente en EE.UU., así como la aparición y progresivo aumento de las demandas por responsabilidad profesional, tal y como ha sucedido en España en los últimos 15 años. El consentimiento devino, entonces, en un documento escrito, que consta de una primera parte, en la que se ofrece al paciente suficiente información acerca de la técnica que se le va a practicar y sus riesgos y de ese tratamiento quirúrgico concreto, aunque, en general, no era muy extensa, y a continuación figura la fórmula de consentimiento, y al pie debe quedar consignada la firma de la persona o personas interesadas e incluso la de algún testigo, que podría ser el familiar más próximo o el asistente social que haya participado en el caso.

La esterilización anticonceptiva por procedimientos quirúrgicos es una práctica que ha comenzado recientemente y que plantea cuestiones éticas muy graves. Por eso remito al lector al capítulo 12 de este manual, donde se aborda, rigurosa y sistemáticamente, esta delicada cuestión de un modo plenamente satisfactorio.

d) Consentimiento informado escrito para los supuestos anteriores, así como para circunstancias expresamente reguladas por la ley (ensayos clínicos, trasplantes de órganos, técnicas de reproducción asistida, donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos)

En esta última etapa y de acuerdo con la importancia creciente de los derechos de los pacientes y las demandas de responsabilidad médica se ha impuesto un documento escrito de consentimiento, en el cual es mayor la extensión y profundidad de la información suministrada. Es decir, se ha pasado a un auténtico consentimiento informado. A la vez que esto sucedía, aparece en disposiciones legales la exigencia expresa de dicho consentimiento informado que regula aspectos médicos concretos, como es el caso de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 3 de agosto de 1982, sobre ensayos clínicos; el Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, que desarrollaba la Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos; la Ley de Jefatura del Estado 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida, y la Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos. En estas disposiciones se hace mención expresa, como expondremos más adelante, de los extremos que deben ser informados y de los requisitos del consentimiento.

De lo expuesto hasta aquí se deduce que hay dos tipos de consentimiento: el consentimiento simple y el consentimiento informado:

El *consentimiento simple*. Este término se emplea para el consentimiento otorgado por un paciente al que se informa de manera elemental, sencilla y general acerca de la conveniencia de practicarle una técnica exploratoria, un tratamiento farmacológico o un tratamiento quirúrgico; al mismo tiempo suele hacerse mención de sus inconvenientes o riesgos, así como de los resultados esperados.

Tras la información, el paciente acepta quedando expuesto de una forma tácita o explícita el hecho de consentir, que es expresado de una forma verbal o escrita. En el caso de que se siga esta forma de consentimiento, es recomendable la presencia de uno o dos testigos, que, por lo general, son familiares del paciente. Este documento escrito debe ser firmado por la persona interesada e incluso por los testigos ya mencionados.

El *consentimiento informado*. También llamado a veces «informe consentido», aunque el primer término es más exacto, expresa lo fundamental del documento: que el paciente acepta lo que se le propone, tras recibir sobre ello una completa información. Sus características son las siguientes: es un documento escrito y es un documento personalizado, es decir, específico para cada ocasión, para cada caso y para cada paciente.

Aconsejo encarecidamente la lectura de los capítulos 8, 9, 12 y 14 de este manual, cuyos contenidos inciden en estas relevantes cuestiones y cuyo conocimiento, desde una perspectiva ética y deontológica, resulta hoy inexcusable.

Características del documento de consentimiento informado

Este documento debe constar de las siguientes partes:

Preámbulo. En él figurará el nombre o nombres de las personas que son informadas y que deben consentir, el nombre del médico que informa y el nombre del testigo, si lo hay (familiar, otro médico, asistente social, etc.).

Cuerpo. Contiene la información suministrada, que variará de unos casos a otros y que en un intento de sistematización la especificamos como sigue:

a) Intervención quirúrgica. En ella se deberá indicar lo siguiente:

— Diagnóstico de la enfermedad.

— Técnica quirúrgica a seguir, incisiones, resecciones, etc.

— Riesgos, enumerando los más importantes y los más frecuentes. Si la muerte estuviera entre ellos es preciso indicar su incidencia (existe jurisprudencia al respecto).

— Otros procedimientos alternativos, por su naturaleza o por su técnica.

— Resultados previsibles y frecuencia de unos y de otros, atendiendo a las condiciones personales del paciente.

— Y, finalmente, cuál será el curso de la enfermedad o las consecuencias previsibles, de no seguirse el tratamiento aconsejado.

b) Técnica exploratoria. Se hará constar lo siguiente:

— Beneficio que se espera alcanzar, en orden a confirmar un diagnóstico o descartarlo.

— Procedimiento técnico a seguir.

— Molestias que origina (dolor, etc.).

— Riesgos, incidencia y gravedad.

— Procedimientos exploratorios alternativos que ofrecerían resultados similares.

— En qué situación quedaría el diagnóstico y el tratamiento, si la técnica propuesta no se realizara.

c) Ensayos clínicos. Cualquier nuevo medicamento exige, antes de su aplicación a la especie humana, una etapa de experimentación galénica, farmacológica y toxicológica. Pero, aunque todos los resultados previos apunten hacia su eficacia terapéutica, no cabe duda de que en la primera administración los pacientes se exponen a un riesgo potencial de reacciones posiblemente inexistentes en las fases anteriores. Por eso en esta etapa se debe garantizar la libertad de las personas que participan en el ensayo clínico. Este derecho del paciente quedó garantizado por la Orden de 3 de agosto de 1982, del Ministerio de Sanidad y Consumo, la cual, en su extensa redacción, contempló los aspectos de los ensayos, poniendo un especial énfasis en la necesidad de informar a los participantes y de contar con su consentimiento.

La mencionada orden incluía los Anexos I y II, cuyo contenido reproducimos íntegramente por su interés en el tema que nos ocupa:

Anexo I

Consentimiento del sujeto por escrito.
Nombre del sujeto...
Protocolo del ensayo clínico autorizado número...
Declaro que:

Se me ha solicitado participar en el Ensayo Clínico de referencia, durante el cual me será administrado un medicamento en investigación.

Antes de prestar mi consentimiento, firmando este documento, he sido informado por el investigador principal D. .... del proyecto de investigación de que se trata, del tipo de medicación que va a serme administrado, de sus posibles efectos beneficiosos y también de sus inconvenientes, riesgos y reacciones adversas que pueden presentarse, de otras posibilidades existentes de tratamiento, de los propósitos del mencionado estudio y de la metodología con que va a ser llevado el mismo, así como de que por prestar mi colaboración libre y voluntariamente puedo suspenderla en cualquier momento que lo desee.

También se me ha informado de que para mi protección en el desarrollo del estudio dispondré de la asistencia médica y sanitaria adecuada y de los tratamientos complementarios que necesite y de que se tomarán con el protocolo del ensayo todas las medidas apropiadas para que el estudio esté debidamente controlado.

El lugar, la fecha y la firma del interesado y del investigador principal cierran el documento, que reúne las características de un verdadero «consentimiento informado».

Anexo II

Consentimiento informado del paciente ante testigo.

Paciente don ...

Protocolo del ensayo clínico autorizado número...

Don .... como investigador principal del protocolo arriba mencionado, en presencia del testigo don ...., documento nacional de identidad ...., con fecha informa al paciente en relación al proyecto de investigación que se va a realizar y en el que va a incluirse el tipo de medicación que va a serle administrado, de sus posibles efectos beneficiosos y también de sus posibles inconvenientes, riesgos y reacciones adversas que se puedan presentar, de otras posibilidades existentes de tratamiento, de los propósitos del mencionado estudio y de la metodología con que va a ser llevado el mismo, así como de que su participación en el ensayo es voluntaria y puede suspenderse en cualquier momento que lo desee. También se le ha informado que el paciente estará protegido continuamente en el desarrollo del estudio con la asistencia médica y sanitaria adecuada y con los tratamientos complementarios que necesite, y que se tomarán con el protocolo del ensayo todas las medidas apropiadas para estar el estudio debidamente controlado y el paciente protegido.

En lugar y fecha y firmas del testigo y el investigador cierran el documento.

Como puede observarse, ambos Anexos son documentos que se desprenden del acto único de informar al sujeto y de la concesión del consentimiento por parte de éste, que se ha realizado ante un testigo. En nuestra opinión, el Anexo I es el que cumple las características del consentimiento informado; el Anexo II, en cambio, es más parecido a una declaración del investigador y del testigo de que ese hecho ha tenido lugar.

d) Trasplante de órganos. La mencionada normativa sobre extracción de órganos de un donante vivo para su posterior injerto o implantación en otra persona exigía en orden a garantizar la libertad de donación, lo siguiente: «que el donante sea mayor de edad, goce de plenas facultades mentales..., que haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión y otorgue su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y desinteresada».

Desde un punto de vista práctico, esto debe realizarse como sigue:

— El estado de salud física y mental del donante deberá ser acreditado por un médico de los que participan en el trasplante.

— Este mismo médico informará al interesado sobre las consecuencias previsibles de orden somático, psíquico y psicológico y de las eventuales repercusiones que la donación pueda tener sobre su vida personal, familiar y profesional, así como los beneficios que con el trasplante se espera conseguirá el receptor.

Al referirse al consentimiento se dice que «... se manifestará por escrito ante el Juez encargado del Registro Civil de la localidad de que se trate, tras las explicaciones del médico que ha de efectuar la extracción y en presencia también del médico informante...

El documento de cesión del órgano será firmado por el interesado y los demás asistentes. Cualquiera de ellos podrá oponerse eficazmente a la donación... si albergan dudas sobre la manifestación del consentimiento del donante en forma expresa, libre, consciente y plenamente desinteresada».

Leyendo con atención lo anterior parece indicársenos la necesidad de hacer dos documentos diferentes: un certificado médico, en el que se garantice la salud física y mental del donante, así como la información recibida; y, un segundo documento, que sería una donación —consentimiento para la extracción del órgano—. En nuestra opinión, aunque se cumplimente el preceptivo certificado médico, el segundo documento debe ser más completo, volviendo a recoger el estado de salud del donante y, de forma detallada, toda la información suministrada. Esto se completará con las explicaciones del médico que realizará la intervención y que se referirán más al aspecto técnico y a los resultados previsibles de la intervención, que a sus consecuencias sobre las persona (parcela que correspondía al médico informador). La

fórmula de aceptación y firma de los presentes completa el documento que queda así configurado como un auténtico consentimiento informado.

e) Esterilización. Tanto en el caso de la esterilización femenina como masculina, ligadura de trompas y vasectomía, se debe actuar tomando en cuenta a los dos miembros de la pareja, cuando la persona que solicita la técnica está ligada por vínculo matrimonial. Conviene tener presente aquí lo afirmado en el capítulo 12 de este manual, donde remitimos al lector interesado por estas cuestiones.

La Ley sólo exige el consentimiento de la persona interesada, pero en nuestra opinión, el contrato matrimonial es un compromiso de deberes y derechos mutuos, en torno a la esfera reproductora de ambos cónyuges. Por ello, consideramos una medida de garantía para el médico que esteriliza a uno de los cónyuges obtener el consentimiento informado de los dos miembros que componen el matrimonio. En este caso, los extremos que debe cubrir la información son los siguientes:

— La irreversibilidad de la pérdida de la capacidad reproductora de la persona que se somete a la intervención.

— El procedimiento técnico operatorio a seguir, ilustrado incluso con un sencillo esquema.

— Riesgos de la intervención, incidencia y gravedad de los mismos.

— Resultados: Aquí es conveniente señalar que en algún caso excepcional, a pesar de la intervención, se ha producido el embarazo, lo cual ha llevado a la consiguiente demanda de responsabilidad profesional.

Cuando la intervención se realiza, como es recomendable, por indicación médica (contraindicación del embarazo por una enfermedad de base como diabetes, la insuficiencia circulatoria, o la cumplimentación de un tratamiento farmacológico que es necesario), hay que informar sobre la influencia de la operación en la patología de base, así como la significación de ésta en relación con dicha operación en lo que a los riesgos se refiere.

Tratamiento especial merece el caso de que la persona a esterilizar sea incapaz (persona que por tener alteradas o ausentes sus capacidades mentales no puede otorgar un consentimiento válido, desde el punto de vista legal, basado en la capacidad de conocer y de elegir libremente). En estos casos la esterilización no puede realizarse como principio general. No obstante, la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, sobre Actualización del Código Penal, ha dispuesto, en el artículo 428, lo siguiente:

«... sin embargo, no será punible la esterilización de la persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica cuando aquélla haya sido autorizada por el Juez a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz.»

Este artículo debe ser estrictamente tenido en cuenta por el facultativo que practique una esterilización a un incapaz, cuidando que se cumplan todas y cada una de las exigencias previstas.

La grave cuestión que se considera en las líneas anteriores pone de manifiesto, una vez más, que lo legal y lo ético no siempre coinciden. De aquí que se recomiende al lector profundizar en la formación de su criterio personal acerca de estos temas. No todo lo que está permitido por la ley es deontológicamente asumible por el clínico. El hecho de que algo sea factible —desde la perspectiva técnica y legal— no conlleva de un modo inmediato y automático el que eso mismo sea agible, desde la perspectiva ética y deontológica (cfr., a este respecto, lo que se afirma en el cap. 12).

f) Técnicas de reproducción asistida. Las amplias perspectivas que abren estas técnicas han llevado a su reciente regulación, en la que se insiste en los principios de información, de manera que se garantice la validez del consentimiento de las usuarias. Esto queda expresado como sigue:

«Es obligada una información y asesoramiento suficientes a quienes deseen recurrir a estas técnicas, o sean donantes, sobre distintos aspectos e implicaciones posibles de las técnicas, así como sobre los resultados y los riesgos previsibles. La información se extenderá a cuantas consideraciones de carácter biológico, jurídico, ético o económico se relacionen con las técnicas, y será de responsabilidad de los equipos médicos y de los responsables de los Centros o Servicios sanitarios donde se realicen.»

Al párrafo anterior se añade el que sigue:

«La aceptación de la realización de las técnicas se reflejará en un formulario de contenido uniforme en el que se expresarán todas las circunstancias que definan la aplicación de aquéllas.»

En este punto es forzoso señalar que, aunque legalmente el médico esté autorizado a la práctica de estas técnicas, sin embargo, la cuestión aquí planteada es de tal magnitud antropológica y ética que,

desde la perspectiva clínica, la mera legalidad resulta insuficiente e insatisfactoria (cfr., a este respecto, lo que se afirma en el cap. 10 de este manual).

No se olvide que en ese mismo párrafo la reglamentación establece expresamente que la información debe extenderse también a las «consideraciones de carácter ético» y que, lógicamente, la grave cuestión suscitada puede dar origen a conflictos legales que tal vez en una primera lectura puedan pasar inadvertidos al lector poco atento o no demasiado formado, a este respecto.

Otros requisitos para la validez del consentimiento son: que la mujer tenga al menos dieciocho años, y plena capacidad de obrar; que disfrute de buen estado de salud psicofísica; que realice la correspondiente solicitud y que la acepte de manera libre, consciente, expresa y por escrito. Si la mujer estuviese casada se precisará, además del consentimiento del marido, de las características expresadas para el consentimiento de la mujer.

Éstas se refieren a los datos relativos a la información que, en esta delicada materia médica, deben formar parte del consentimiento informado.

g) Actuaciones médicas sobre embriones o fetos intra-útero. Investigación y experimentación. Esta intervención está regulada dentro de la misma Ley que regula las técnicas de reproducción asistida; sin embargo, al ser intervenciones diferentes, se exigen unos requisitos distintos, aunque en la misma línea de garantizar los derechos de las personas que en ellas participan. En lo referente a la información, la Ley dice lo que sigue:

> «La terapéutica... sólo se autorizará... cuando la pareja o la mujer sólo hayan sido rigurosamente informados sobre los procedimientos, investigaciones diagnósticas, posibilidades y riesgos de la terapéutica propuesta y las hayan aceptado previamente. (...) Para cualquier investigación sobre preembriones... será preciso que se cuente con el consentimiento escrito de las personas de las que proceden, incluidos, en su caso, los donantes, previa explicación pormenorizada de los fines que se persiguen con la investigación y sus implicaciones.»

Estamos de nuevo ante un documento de idéntica índole a los comentados previamente y cuyo cuerpo debe incluir lo recogido literalmente en la Ley que comentamos y que al hablar de las infracciones que se deriven de su incumplimiento dice:

> «Son infracciones graves... la omisión de datos, consentimientos..., exigidos por la presente Ley.»

No deja de ser curioso que en el texto legal se hable de «preembriones», un término éste excesivamente controvertido y repudiado —por ser un eufemismo—, por la comunidad científica.

(Para una mayor información sobre la dimensión ética de esta cuestión, cfr. lo que se afirma en los caps. 8 y 14 y, muy especialmente, en el cap. 9.)

h) Donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos. Esta Ley se ha considerado como complementaria de la de trasplantes de órganos. De nuevo aparece en ella la donación como un acto jurídico de gran trascendencia, que sólo alcanza validez si se cumple el requisito previo de la información adecuada. Las exigencias de la Ley son:

— Que los donantes sean los progenitores.

— Que los donantes otorguen su consentimiento previo de forma libre, expresa y consciente, y por escrito. Si son menores no emancipados o están incapacitados, será necesario además el consentimiento de sus representantes legales.

— Que los donantes, y en su caso, sus representantes legales, sean previamente informados de las consecuencias y de los objetivos y fines a que puede servir su donación.

— Se informará previamente y con la amplitud precisa a los progenitores y, en su caso, a los responsables legales de cuantas actuaciones técnicas se realicen para extraer células o estructuras embriológicas o fetales, de la placenta o las envolturas, así como de los fines que se persiguen y los riesgos que conllevan.

Como en el apartado anterior, entre las infracciones consideradas se califica como infracción grave «la omisión de datos, informaciones, consentimientos y autorizaciones exigidas por la presente Ley».

(Para una profundización en la dimensión ética de este problema, cfr. lo que se indica en los caps. 8 y 9 de este manual.)

Fórmula de aceptación o consentimiento. Ésta es la parte final del documento que, como hemos expuesto en el caso de los ensayos clínicos, queda específicamente regulada. En los demás casos debe adoptarse una fórmula que exprese que la persona o personas interesadas han recibido la información que previamente se detallaba, que la han comprendido y que, como consecuencia de ello, solicitan y consienten en someterse a la exploración, intervención, tratamiento, etc., aceptando todo lo que ello lleva consigo.

En el caso de que, tras la información, el paciente rechace la actuación médica, esta fórmula de aceptación o consentimiento se convertirá y así quedará redactada, en fórmula de rechazo o negativa. Este aspecto puede cobrar gran interés ante posteriores denuncias.

El lugar, fecha y firmas del interesado o interesados, médico, informante y posibles testigos (familiares más próximos, u otros), pondrá fin al documento.

Este documento médico-legal es un requisito de obligado cumplimiento en la práctica médica actual. No puede ser considerado, como algunos creen, como una salvaguarda frente a demandas de responsabilidad por conductas punibles que se ejecutan en el curso de la intervención o la aplicación del tratamiento. No pueden incluirse en él, por lo tanto, fórmulas en las que el paciente se compromete a no demandar al médico, si posteriormente surge alguna complicación o daño en la evolución de la enfermedad.

Actitud de los tribunales ante las demandas por falta de consentimiento

La incipiente situación en que se encuentra en España el tema de la responsabilidad médica justifica el que no conozcamos, hasta el momento, la existencia de demandas por este concepto. Las referencias hemos de buscarlas en los países más desarrollados y, especialmente, en EE.UU., con extensa jurisprudencia al respecto.

Las circunstancias pueden ser las siguientes:

1. La ausencia de consentimiento simple es considerada como una «violencia civil» o incumplimiento por parte del médico de sus deberes contractuales para con el paciente.

2. La misma consideración merecen los siguientes casos:

a) Cuando el paciente otorga su consentimiento, pero lo retira en el curso de la exploración o la aplicación del tratamiento, justificándose en el dolor que le produce, o cualquier otra razón. En este caso, los tribunales reiteradamente han indicado que el médico, en ese momento, debe interrumpir el procedimiento que esté realizando.

b) Cuando el médico se excede con su actuación más allá de los límites en que se otorgó el consentimiento; sólo puede practicarse aquella exploración o intervención sobre la que se informó y para la que el consentimiento es válido.

3. Que exista el consentimiento, pero que éste se considere inadecuado, lo cual lo asimila a la falta de consentimiento.

Con una frecuencia cada vez mayor, los tribunales americanos vienen considerando a las deficiencias en el consentimiento como negligencia profesional. En el curso del Juicio se trata de demostrar que el paciente sufrió un daño relacionado con la actuación del médico (una complicación del tratamiento o un accidente en el curso de la intervención quirúrgica, etc.). El paciente suele alegar que su información era incompleta, ya que si él hubiera conocido la posibilidad de ese riesgo o complicación habría elegido un método alternativo o, sencillamente, rechazado el procedimiento, con lo cual no habría sufrido ese daño.

Junto a la información relativa a los aspectos negativos y positivos del procedimiento que se propone al paciente, hemos de destacar la importancia que tiene informar sobre las consecuencias previsibles si el paciente decide rechazar el tratamiento o la prueba propuestos por el médico. Reuter (1987) refiere un caso muy ilustrativo que recogemos a continuación. Un paciente rechaza un Papanicolau, prueba que se le propone en el curso de una revisión periódica rutinaria. Un año después la paciente fallece de un carcinoma de cervix y el marido superviviente interpone una demanda contra el ginecólogo autor de la información y la exploración. La Corte Suprema de California ha considerado en su sentencia que el consentimiento (denegado en este caso) fue inadecuado, puesto que la información fue incompleta. Interpreta, asimismo, que si la paciente hubiese conocido que al negarse a la prueba existía la posibilidad de no diagnosticar un cáncer, sin duda alguna se habría sometido a ella. En este caso, la resolución fue condenatoria para el médico.

En cualquier caso, el deber médico de atenerse a la práctica del consentimiento informado, debe ir más allá de lo preceptuado por las leyes (cfr., a este respecto, lo que se indica en los capítulos 2, 4, 5 y 26 de este manual).

Los estándares de información para un consentimiento adecuado

El deseo de establecer unos criterios uniformes sobre la información que se debe proporcionar, en cada caso al paciente, ha llevado a emplear en EE.UU. los «estándares de información» que se

ajustan a los modelos siguientes: estándar del «médico razonable», estándar del «paciente razonable» y estándar «subjetivo del paciente».

a) El estándar del «médico razonable»

Este modelo se basa en el principio de que los médicos considerados «razonables» mantendrán un criterio unánime acerca de la extensión y profundidad de la información a suministrar a una paciente. Por ello los Tribunales que se rigen por este estándar exigen, ante una demanda por defecto de consentimiento, que el demandante presente un perito médico que demuestre que la información que se suministró no es la que administra un médico «razonable» ante un caso de características similares.

Las dificultades de los pacientes para encontrar un perito médico que se preste a sostener esta posición frente a la de otros colegas ha llevado paulatinamente a los Tribunales a aplicar un segundo modelo.

b) El estándar del «paciente razonable»

La base jurídica de este modelo es que sólo la persona interesada es la apropiada para recibir la información, valorarla y, como consecuencia de ella, consentir o rechazar un tratamiento. El papel del médico es el de seleccionar o elegir la información que transmite, pero pensando cuáles son los datos o información media que un paciente normal o «razonable» desearía conocer. En este punto los Tribunales han determinado que esa «información media» para un «paciente razonable» debe hacer mención a los siguientes extremos:

— Procedimiento propuesto: explicación técnica del mismo.

— Riesgos materiales: los más comunes y los más graves, así como la frecuencia, al menos, de los más graves.

— Complicaciones: las más comunes y las más graves y la incidencia, al menos, de las más graves.

— Procedimientos alternativos: ventajas e inconvenientes respecto al que se propone en primer lugar.

— Riesgos previsibles en el caso de que el paciente decida rechazar el procedimiento propuesto.

Junto a esto, algunos tribunales han señalado que la información deberá ser suficiente, pero que tampoco hay que proporcionar un «minicursillo» de Medicina al paciente.

La principal ventaja de este modelo, respecto del anterior, es que no es necesario que el paciente presente a un perito que sostenga y defienda cuál debió ser la información recibida, ya que el jurado está compuesto por seis personas «razonables» capaces de establecer esto.

Sin embargo, se ha demostrado —en un estudio de la Rand Corporation sobre las causas que motivaron el espectacular incremento de los litigios, por mala práctica en California, durante los años setenta— que el motivo fue la decisión de la Corte Suprema de aquel estado de que fuera el jurado el que estableciera si el consentimiento informado había sido correcto o no, prescindiéndose del peritaje de un experto en la materia. La resolución del jurado estaba habitualmente del lado de la opinión del paciente demandante. El éxito garantizado de la demanda, estimuló a los pacientes a la denuncia ante el más mínimo daño sufrido (Danzon, 1982).

c) El estándar «subjetivo del paciente»

En este modelo se solicita al médico que se coloque en el lugar de cada paciente, con el fin de proporcionarle una satisfactoria información individualizada. Deberá establecer cuál es la información que cada paciente desearía conocer de sus cualidades psicofísicas, culturales, sociales, económicas, etc. Éste es el modelo de más difícil aplicación, ya que en el juicio el Tribunal investiga si ese paciente concreto habría aceptado o no el tratamiento de haber contado con la información que necesitaba. En la actualidad este modelo sólo se sigue en el estado de Oklahoma.

En el resto de los estados la situación es como sigue: En 23 estados está regulado aplicándose el estándar del «médico razonable» con la tendencia, en algunos de ellos, a ir pasando a la aplicación del modelo del «paciente razonable»; en 16 se aplica el estándar del «paciente razonable»; en 4 estados el estatuto especifica la información que debe darse y, finalmente, en sólo 2 el estatuto autoriza al Cuerpo Administrativo a desarrollar la lista de riesgos, que el paciente debe conocer para cada procedimiento.

¿Quién debe otorgar el consentimiento?

Como dice Martínez Calcerrada (1986), el consentimiento de una persona es un acto jurídico y como tal debe reunir unos requisitos mínimos que, de acuerdo con el Código Civil serían los siguientes:

Capacidad. Para Gisbert (1985) la capacidad es la aptitud para ejercitar los derechos y obrar con eficacia jurídica. Presupone la existencia en las personas de cualidades que determinan su capacidad de conocer, razonar y enjuiciar, así como una firmeza de voluntad que inspire decisiones libres. El requisito biológico de la edad se establece en 18 años.

Titularidad. Se debe ser dueño de aquello sobre lo que se dispone. En este caso hablamos de la titularidad para disponer sobre el propio cuerpo con las limitaciones que siempre supone el considerar la vida y la búsqueda de la salud como bienes superiores.

Libertad. La relación médico-paciente debe ser libre y, en su discurrir, el consentimiento para actos médicos concretos debe hacerse también libremente.

Licitud del objeto y de la causa. Se refiere a la licitud de la cosa sobre la que recae la acción y la finalidad de la misma. En el ejercicio médico será la búsqueda de la propia salud y la conservación de la vida humana; para que la licitud persista en actos como la donación de órganos se hará de forma altruista.

Forma suficiente. El consentimiento deberá tener una forma externa para que sea conocido por los demás; esta publicidad la adquiere cuando se hace expreso, en forma verbal o escrita. A veces puede ser válida una aceptación tácita, cuando tras una adecuada información y teniendo oportunidad de manifestarse en contra, se da el silencio como respuesta («el que calla otorga»).

Tiempo. El consentimiento debe ser previo, pero próximo en el tiempo a la ejecución del acto médico que se autoriza.

De aquí se deduce que las situaciones más frecuentes son las siguientes:

Persona adulta capaz de conocer y de decidir: Debe ser ésta la que reciba la información y otorgue el consentimiento.

Menores de edad: Hasta la mayoría de edad de los hijos o su emancipación, los padres comparten la patria potestad «ejerciéndola siempre en beneficio del menor». Deben ser ellos los que consientan ante un acto médico correctamente indicado. Adaptándose a las circunstancias de cada caso, no obstante, deben ser informados y tenida en cuenta su opinión. Se cumple así el artículo 162, 1, del Código Civil introducido por la Ley 11/1981, de 13 de mayo, cuando dice: «en los actos relativos a derechos de la personalidad» el menor podrá actuar por sí mismo «de acuerdo con sus condiciones de madurez».

En el caso de que los padres se negaran a una actuación médica, poniendo en peligro la salud o la vida del menor (lo que sucede a veces en relación con creencias religiosas o similares), el médico deberá poner el hecho en conocimiento de la autoridad judicial competente o del ministerio fiscal.

Si no existen los padres, el tutor o representante legal ejercerá la guarda del menor.

Enfermos mentales que, en el momento de recibir un tratamiento o decidir sobre una actuación médica, no están en condiciones de otorgar consentimiento válido. En el caso de que estén legalmente incapacitados será su tutor o representante legal el que tome la determinación. Si no es así, el familiar más directo o responsable del enfermo asumirá esta tarea. No obstante, la Ley 13/1983, de 24 de octubre, ha venido a reformar el Código Civil en materia de tutela, incorporando un artículo que incluimos aquí porque regula el ingreso de un «presunto incapaz» en un centro sanitario en contra de su voluntad, cuando existe indicación médica para el mencionado ingreso y aplicación de tratamiento; el art. 211 dice así:

> «El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al Juez, y en todo caso dentro del plazo de veinticuatro horas».

Artículos sucesivos regulan el control que ejerce la autoridad judicial para verificar la necesidad del tratamiento y autorizarlo en este caso.

Circunstancias en las que el médico puede actuar sin el consentimiento del paciente. Son aquellas en las que el paciente no está en condiciones de prestar su consentimiento, y la urgencia del caso impide esperar la comparecencia de los familiares indicados para otorgarlo. Se corresponden con situaciones en las que peligra la vida del paciente. En estos casos el médico debe actuar cumpliendo el mandato del «deber de socorro» a las personas que se encuentran en estado de nece-

sidad y, como opinan algunos autores, «asistido de un derecho a curar» inherente a la profesión médica en estos casos extremos.

La Ley General de Sanidad recoge, además de la situación de urgencia, las siguientes: cuando el no seguir un tratamiento suponga un riesgo para la salud pública y cuando exista imperativo legal.

En cualquier caso, la cuestión de quién debe otorgar el consentimiento quedaría mal planteada si el clínico se conformase con satisfacer y cumplir los requisitos meramente legales. Es fundamental e irrenunciable apelar aquí a la consideración ética que subyace en estas cuestiones, tal y como se indica en los capítulos 2, 4, 5 y 26 de este manual, a donde se remite al lector.

¿A quién corresponde la obligación legal de obtener el consentimiento?

Como principio general, el consentimiento debe obtenerlo el médico que va a llevar a cabo el procedimiento (exploración, intervención, etc.) o prescribir el tratamiento.

En la asistencia primaria no suele plantearse este problema, ya que el médico «de cabecera» o «de familia» mantiene una relación periódica y continuada con el paciente, siendo él quien propone y supervisa el tratamiento. El problema puede surgir cuando el paciente es remitido a centros hospitalarios o a consultas especializadas para pruebas complementarias (análisis, radiografías, etc.).

En estas circunstancias, el contacto del médico con el paciente suele ser breve y presionado por la escasez de tiempo; los resultados no son comentados directamente al paciente por este profesional sino que se envían al especialista o médico «de familia» que solicitó las pruebas. Al mismo tiempo, estos especialistas pueden estar en condiciones de informar de los riesgos materiales y complicaciones de los procedimientos o técnicas que ellos manejan, pero pueden desconocer procedimientos alternativos que el paciente podría desear antes de decidir.

Por ello algunas opiniones se pronuncian sobre el médico «de familia» como el más adecuado para informar al paciente (al que viene tratando desde tiempo atrás y al que conoce bien) y obtener su consentimiento para cada una de las fases por las que pase.

La Ley General de Sanidad, pensando en el paciente hospitalizado y en la diversidad de profesionales que participan en una asistencia hospitalaria integral prevé lo siguiente:

«... al paciente o a sus familiares y allegados se les dará información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, para lo cual se le asignará un médico cuyo nombre se le dará a conocer y que será su interlocutor principal con el equipo asistencial.»

En mi opinión, aunque exista este «médico responsable», debe ser cada uno de los especialistas que realicen exploraciones específicas o pruebas complementarias que entrañen riesgos potenciales, los que deben proporcionarle, en su contacto personal con el paciente, la información correspondiente a su actuación médica y obtener así el consentimiento preceptivo para realizarla, ya que la responsabilidad legal recaería sobre el médico que incumpliera sus deberes personales para con el paciente.

Escasos apoyos tiene la opinión que defiende que debe ser el Hospital, desde sus Servicios Administrativos, el que obtenga el consentimiento del paciente.

El tiempo que el médico dedica a informar al paciente, contestar a sus dudas y apoyarlo en sus preocupaciones, tiene un gran valor en las relaciones médico-paciente, contribuyendo a que éstas se hagan más confiadas y cordiales; todo ello repercute asimismo en la evolución y respuesta terapéutica. El mejor conocimiento mutuo crea en el paciente la conciencia de que se le ha tratado lealmente, lo que puede hacer que desista de interponer una demanda si surgen después problemas, durante el procedimiento diagnóstico o terapéutico.

En nuestra experiencia las denuncias de responsabilidad profesional tienen muchas veces su origen en la agresividad que produce en el paciente o sus familiares el sentirse menospreciados y desatendidos por los médicos, más que en la valoración concreta de un daño real.

En todo caso, el médico sabe que su actividad profesional no puede ni debe encapsularse en el estricto cumplimiento de la legalidad vigente. Entre otras cosas, porque las actividades que realiza, además de estar sometidas a las leyes, obviamente, también lo están a los principios éticos y a las leyes morales.

Bibliografía

ACTAS DE LAS I JORNADAS NACIONALES SOBRE «LOS DERECHOS DEL ENFERMO», Murcia, Grafimur, 1987.

ATAZ LÓPEZ, J.: *Los médicos y la responsabilidad civil*, Madrid, Montecorvo, 1985.

BEAUCHAMP, T. L.; MCCULLOUGH, L. B.: *Ética Médica (las responsabilidades morales de los médicos)*, Barcelona, Labor, 1987.

DAZON, O.: *The frequency and severity of medical malpractice claims*, Santa Mónica, Calif., Rand Corporation, 1982.

DEROBERT, L.: *Droit Médical. Déontologie Médicale*, París, Flammarion, 1974.

FADEN, R. R.; BEAUCHAMP, T. L.: *A History and Theory of the Informed Consent*, Oxford, Oxford University Press, 1986.

FERNÁNDEZ DEL HIERRO, J. M.: *Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria*, Pamplona, Aranzadi, 1985.

GISBERT CALABUIG, J. A.: *Medicina Legal y Toxicología*, Valencia, Saber, 1985.

LLAMAS POMBO, E.: *La responsabilidad civil del Médico (Aspectos tradicionales y modernos)*, Madrid, Trivium, 1988.

MARTÍNEZ CALCERRADA, L.: *Derecho Médico*, 3 vols., Madrid, Tecnos, 1986.

MASON, J. K.; MCCALL SMITH, R. A.: *Law and Medical Ethics*, Londres, Butterworths, 1987.

REUTER, S. R.: «An overview of Informed Consent for radiologist», en *American Journal of Radiology*, 148, 1987, pp. 219-227.

22. EN TORNO A LA ÉTICA DE LA PUBLICIDAD EN BIOMEDICINA

A. Sánchez Blanqué

La publicidad: concepto, estructura, dinámica, y aspectos éticos fundamentales

La publicidad es definida en el *Diccionario de Uso del Español* de María Moliner[1] bajo tres acepciones; la primera dice que es la «circunstancia de ser una cosa pública o conocida por todos»; en segundo lugar se refiere a ella como «acción de publicar»; y, finalmente, como los «medios con que se anuncia una cosa», remitiéndonos al cercano concepto de «propaganda», cuyas implicaciones éticas también nos interesarán en este capítulo. La citada autora explicita que «dar publicidad a una cosa» equivale a «hacer que la gente se entere de ella».

«Publicar» equivale a «difundir, divulgar, o hacer pública una cosa, es decir, ponerla en conocimiento del «público»; éste, en la segunda acepción del citado diccionario, significa «gente» o «conjunto de personas determinado por alguna circunstancia que le da unidad».

El concepto de «publicidad» referido a «lo que es de dominio público» nos evoca, inevitablemente, la distinción que establecía Platón entre «opinión» y «ciencia»: la opinión («doxa») «es algo situado entre la perfecta ciencia y la absoluta ignorancia»[2], es decir, es un saber ordinario, común o vulgar, en tanto que el verdadero saber (*episteme*) se acomoda al concepto actual de ciencia en la medida en que implica el rigor de sus formulaciones, fundamentadas en una investigación metódica.

La publicidad se constituye dentro de un *sistema de relaciones interpersonales*, por cuanto existe alguien que «da a conocer» o «hace público», mientras que un conjunto de personas (el «público») recibe aquello que se da a conocer, es decir, el «mensaje» y toman conocimiento del mismo. Por ello posee una estructura y una dinámica, como ocurre en todo sistema vivo, y, más específicamente, social[3].

a) Estructura comunicacional de la publicidad

La estructura comunicacional de la publicidad viene determinada, por lo tanto: 1) por la persona que difunde el mensaje; 2) por el medio a través del que lo difunde; 3) por las personas que reciben el mensaje, y 4) por el «contexto» en el que el mensaje se difunde (puesto que, como demuestra el estructuralismo[4], cualquier mensaje pierde su sentido si se le saca de dicho contexto, es decir, del marco referencial en el que se origina y al que alude).

Esta estructura básica puede hacerse más compleja, sin que por ello pierda sus características fundamentales. Así, por ejemplo, si un entrevistador hace una serie de preguntas a un «experto médico» en la televisión, la «emisión del mensaje» resulta ser un compromiso entre lo que pregunta el entrevistador y lo que el entrevistado responde. El mensaje alcanza a las personas que en ese momento están viendo la televisión. El «oyente» o sujeto que está recibiendo el mensaje puede estar atento o desatento, en relación al nivel de su motivación personal frente al tema del que se trata. En algunos casos, oirá lo que desea oír, y evitará inconscientemente enterarse de lo que no

[1] MOLINER, M., *Diccionario de Uso del Español*, 2 vols., Madrid, Gredos, 1981.

[2] Cfr. FERRATER MORA, J., *Diccionario de Filosofía*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1971.

[3] MILLER, J. G., *Living Systems*, Nueva York, McGraw-Hill, 1978.

[4] Cfr. LERSCH, PH., *Psicología Social (El hombre como ser social)*, Barcelona, Scientia, 1967.

le gusta. La psicología nos demuestra que existe una deformación «catatímica» de la percepción[5], es decir, que lo percibido se halla influido e incluso deformado por la posición afectiva en la que se encuentra la persona que percibe algo. Existe una disposición a enterarse de ciertas cosas y no de otras de acuerdo con nuestra disposición mental (intereses, prejuicios, deseos, etc.); Bruner ha descrito la «hipótesis preperceptiva»: percibimos lo que esperamos percibir; lo demás pasa desapercibido con inusitada frecuencia[6]. Aquí se pone de manifiesto la influencia del pensamiento sobre la percepción. Por lo demás, numerosos autores han estudiado el fenómeno de que los razonamientos se dejen influir y modificar —hasta llegar a convertirse en erróneos— por los procesos afectivos[7].

Por todo ello hemos de aceptar que la relación «emisor-receptor» es muy importante, aunque se efectúe a través de un medio de comunicación aparentemente «impersonal» como la prensa o la televisión. Pero, además, nos encontramos frente al hecho de que, mediante los modernos medios de transmisión de la información, el mensaje no es recibido por un único «receptor», sino por una «sociedad de receptores». Con ello queremos señalar dos circunstancias: a) que en los círculos microsociales (familia, medio laboral, amistades, etc.) el mensaje no solamente es recibido sino, con frecuencia, comentado y discutido; y b) que, a nivel macrosocial, el mensaje posee un efecto que puede depender de las «corrientes de opinión» que dominan en un momento dado. Por ejemplo, si la televisión emite un programa a favor del aborto, se podrán originar tres tipos de reacciones, según lo enunciado; primero, a nivel personal, un sujeto estará de acuerdo o en desacuerdo con lo que se dice en el programa; podrá tener sus propias ideas inamovibles o se dejará convencer fácilmente; segundo, a nivel microsocial, podrá comentar con sus amigos, familiares, etc., dicho programa y, de la discusión podrá emerger una postura favorable o desfavorable sobre las opiniones manifestadas por algunos de los participantes; y tercero, a nivel macrosocial, las «corrientes de opinión» preponderantes en un momento dado harán que los «oyentes en general» (es decir, un alto número de los mismos) estén de acuerdo o en desacuerdo con lo expuesto.

Es así como va emergiendo y se va consolidando la denominada *«opinión pública»*, que puede ser definida como la «manera de pensar sobre los asuntos de interés común de la generalidad de la gente»[8].

Hay quien piensa que el concepto de «opinión pública» es tan difícil de definir que es preferible describir sus características fundamentales, que serían las siguientes[9]: a) es el parecer sobre una determinada cuestión expresado colectivamente; b) los temas conciernen a la colectividad donde se expresan; c) las cuestiones pueden ser controvertidas y discutidas libremente; d) el sujeto activo de la opinión pública es el grupo y no el individuo, por lo que la opinión pública no equivale a la suma de las opiniones de los individuos del grupo; e) se forma en la «base social», es decir, es la «opinión de los gobernados» y no la de los gobernantes, aunque éstos tengan medios poderosos para influir en aquélla; f) no siempre es espontánea, sino que está mediatizada por los partidos políticos, grupos de presión, etc., que la configuran a través de los medios de comunicación de masas; g) ha de ser eficaz, es decir, influyente; h) es diversa; i) es cambiante: se configura y se descompone con relativa rapidez.

Este último punto nos parece especialmente importante. En efecto, como toda manifestación de un organismo vivo (en este caso, el grupo social), los «estados de opinión» sufren un proceso dinámico de desarrollo y configuración, tienden a estabilizarse y propagarse, pero terminan extinguiéndose ante la emergencia de nuevas corrientes de opinión que desplazan a las precedentes.

Por lo tanto, y para resumir, diremos que la estructura comunicacional en el ámbito de la publicidad en biomedicina se fundamenta en:

El «experto» (normalmente un médico en nuestro caso).

El «periodista».

El «oyente» (*sensu lato*, entendido como «receptor de mensajes», y en el contexto de la dialéctica micro y macrosocial en la que éste se encuentra inmerso).

[5] Cfr. REY ARDID, R., *Psicología Médica*, Barcelona, Espaxs, 1974.

[6] Cfr. DELAY, J.; PICHOT, M., *Manual de Psicología*, Barcelona, Toray-Masson, 1969.

[7] Cfr. PINILLOS, J. L., *Principios de Psicología*, Madrid, Alianza Editorial, 1979.

[8] MOLINER, M.: *Diccionario de Uso del Español*, 2 vols. Madrid, Gredos, 1981.

[9] CARRERAS, F.; VÁZQUEZ MONTALBÁN, M., artículo bajo la voz «Opinión», en *Gran Enciclopedia Larousse*, Barcelona, Planeta, 1971.

Las *formas de publicidad* son muy variadas, y dependen, fundamentalmente, del medio de difusión a través del cual se emite el mensaje. Estos medios son:

La prensa, en la que los vehículos de los mensajes son la palabra escrita y las imágenes estáticas (fotografías, dibujos).

La radio, donde el mensaje se transmite a través de la palabra hablada (y también, sin duda, a través de la música).

La televisión, cuyo enorme poder persuasorio es consecuencia de la recepción de la palabra hablada al tiempo que se percibe la imagen del que la emite u otras imágenes dinámicas (cine, vídeo) que la acompañan, así como de otros aditamentos sonoros (musicales, etc.).

Otras: conferencias, mítines, cartas circulares, cine, teatro, carteles, etcétera.

b) Dinámica de la publicidad

Existen dos aspectos de sumo interés concernientes a la dinámica de la publicidad: el propósito de quien publica, y los factores psicológicos que soportan el efecto publicitario o propagandístico.

Propósitos de la publicidad

Hay que reconocer dos objetivos fundamentales de la publicidad y que dependen de que el que publica una cosa (en nuestro caso sobre biomedicina) desee:

a) *Informar* meramente de algo, es decir, ponerlo en conocimiento del público sin más implicaciones que hagan referencias a un juicio de valor. Así, se puede dar la noticia de que se acaba de descubrir un nuevo fármaco anticanceroso, o enumerar los conocimientos actuales sobre los factores de riesgo para sufrir un infarto de miocardio.

b) *Intentar convencer* de algo, es decir, publicar opiniones con el objeto de que sean compartidas por los demás, y generalmente en beneficio de quien las imparte. Es entonces cuando hablamos de *«propaganda»* que se define como «publicidad desarrollada para programar o difundir un producto comercial, una materia, un espectáculo, etc.», así como (en una segunda acepción) el «material o trabajo que se emplea para este fin»[10]. El tema específico de la propaganda constituirá la última parte de este capítulo.

Factores psicológicos implicados en el efecto de la publicidad

El poder de la publicidad no es sino una forma específica de la influencia que ejerce la sociedad sobre las actitudes, creencias, decisiones y acciones del individuo. Esta influencia social depende del hecho de que el ser humano sea un ser social, y se basa psicológicamente, en los siguientes factores[11]: a) sugestibilidad, b) conformidad grupal, c) cumplimiento, d) incentivo social, y, e) desindividuación.

c) Aspectos éticos fundamentales

El derecho a ser informado así como el derecho a informar vienen recogidos en diversos documentos que apelan a la conciencia del hombre desde niveles muy diferentes. Nos referiremos, a continuación, a tres de ellos.

En primer lugar vamos a contemplar esta cuestión desde un documento ético no vinculado a ninguna opción religiosa y, por tanto, de carácter meramente humanístico; nos referimos a la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que, en su artículo XIX, dice así:

«Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión»[12].

En segundo lugar citaremos a la Constitución Española: documento legalmente promulgado y, que, por consiguiente, vincula jurídicamente a todos los ciudadanos del Estado español, subordinando, además, a ella el resto de las leyes que se promulguen en España. En su artículo 20 se lee:

«Artículo 20.

1. Se reconocen y protegen los derechos:

a) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción.

(...)

[10] *Gran Enciclopedia Larousse*, Barcelona, Planeta, 1971.

[11] MYERS, D. G., *Psicología*, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1986.

[12] *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Organización de las Naciones Unidas, París, 1948.

d) A comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades.

(...)

4. Estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia»[13].

Concluiremos refiriéndonos al Decreto sobre los Medios de Comunicación Social (*Inter mirifica*), promulgado por el Concilio Vaticano II el día 4 de diciembre de 1963; este tercer documento de la Iglesia Católica aporta una referencia que no se agota en una ética humanística, sino que compromete al hombre creyente en su dimensión religiosa y trascendente, por lo que le vincula más allá de otras normas éticas o legales.

En el Capítulo I de este Decreto se trata de las «normas reguladoras del recto uso de los medios de comunicación social», y se dice en sus artículos cuarto y quinto:

«4. Para el recto empleo de estos medios es totalmente necesario que todos los que los usan conozcan y llevan a la práctica fielmente en este campo las normas del orden moral. Consideren, pues, el contenido de las realidades que se difunde, según la peculiar naturaleza de cada medio; tengan, a la vez, en cuenta las circunstancias o condiciones todas, es decir, el fin, las personas, el lugar, el tiempo y demás elementos con que se lleva a cabo la comunicación, y que pueden cambiar o modificar totalmente su honestidad; entre las cuales se encuentra el modo de obrar propio de cada medio, es decir, su eficacia, la cual puede ser tan grande que los hombres, sobre todo si no están preparados, difícilmente sean capaces de advertirla, de dominarla y, si llega el caso, de rechazarla.

5. Es necesario, más que nada, que todos los interesados se formen recta conciencia acerca del uso de estos medios, sobre todo en lo que se refiere a algunas cuestiones agriamente debatidas en nuestros días.

La primera cuestión se refiere a la llamada información, es decir, la búsqueda y difusión de las noticias. Es evidente que tal información, por el progreso de la sociedad humana moderna y por los vínculos más estrechos entre sus miembros, resulta muy útil y, las más de las veces, necesaria; pues la comunicación pública y puntual de los acontecimientos y de las realidades ofrece a los individuos un conocimiento más amplio y continuo de todos ellos, de modo que puedan aquéllos contribuir eficazmente al bien común y promover con mayor facilidad el provecho creciente de toda la sociedad civil. Existe, pues, en la sociedad humana el derecho a la información sobre aquellas cosas que convienen a los hombres, según las circunstancias de cada cual, tanto particularmente como unidos en sociedad. Sin embargo, el recto ejercicio de este derecho exige que, en cuanto a su objeto, la información sea siempre verdadera, y, salvadas la justicia y la caridad, íntegra; además, en cuanto al modo, ha de ser honesta y conveniente, es decir, debe respetar escrupulosamente las leyes morales y los legítimos derechos y dignidad del hombre, tanto en la obtención de la noticia como en su difusión, pues no toda ciencia aprovecha, *pero la caridad es constructiva* (I Cor 8, 1).»

Vemos cómo también en este texto se proclama el *derecho a la información*; la información se considera *muy útil* y *necesaria* pero se exige que sea *verdadera, íntegra, honesta* y *conveniente*, subordinándose a las leyes morales y a la dignidad humana como valores superiores. Solamente así la información puede servir a la persona humana y al bien común.

Para finalizar esta primera parte tenemos que preguntarnos: *¿A quién afecta la «cuestión ética» en la publicidad dentro del ámbito de la biomedicina?* La respuesta nos parece clara; hay que distinguir, ante todo, dos niveles: el personal y el social; a nivel personal, los implicados son *el profesional que se pronuncia sobre biomedicina* (sea médico, farmacéutico, biólogo, psicólogo, etc.), de una parte, y el *profesional del periodismo*, de la otra; a nivel social, son los *Colegios* y *Asociaciones Profesionales* los que deben mantener el compromiso ético, en tanto que los *Tribunales de Justicia* establecen la custodia de la legalidad. Estos dos niveles permanecen en continua relación.

Seguidamente desarrollaremos tres aspectos específicos: el de la ética de la publicidad que el médico hace de sí mismo como profesional, el de la valoración de los problemas éticos relacionados con la información y divulgación de temas médi-

[13] Constitución Española, en *Colección Legislativa*. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 1978.

cos, y el de la ética de la propaganda en relación con la biomedicina[14].

La ética de la publicidad personal del médico

Puede pensarse, en principio, que le médico tiene el derecho de hacer publicidad de su propia actividad, de «anunciarse», como puede hacerlo cualquier profesional que ofrezca un «arrendamiento de servicios» a futuros clientes, ya que, legalmente, ésta es su situación[15]. Sin embargo, este derecho ha estado siempre restringido por la ética, que lo ha subordinado al valor implicado en el concepto de la «dignidad personal» del profesional de la medicina. Dignidad que emerge probablemente en tiempos prehistóricos, vinculada a la figura del «chamán», y que constatamos plenamente en el antiguo Egipto así como en la Grecia clásica, donde se plasma en el *Corpus Hipocraticus*. La concepción del ejercicio médico se contempla como una forma peculiar de «sacerdocio» (del latín, «sacer»), es decir, posee de alguna manera un carácter «sagrado». María Moliner dice que «sacerdocio» (en su segunda acepción) «se aplica a una profesión elevada y noble o cuyo ejercicio requiere ideal y abnegación»[16]. Esta manera de entender el ejercicio de la medicina (como dedicación y entrega personal más allá de los que la ley exige o de la remuneración económica del trabajo realizado) no se ha extinguido aún en nuestros tiempos (aunque parece ir debilitándose poco a poco —cosa lamentable en nuestra opinión).

El Código de Londres adoptado en 1949 por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial[17] cuyo primer capítulo trata de los «Deberes de los médicos en general», dice —entre otras cosas— que no se considera ético «cualquier medio de reclamo o publicidad excepto aquéllos expresamente autorizados por el uso y la costumbre y el código de ética médica nacional».

Este párrafo nos remite, obviamente, al Código de Deontología Médica vigente en España y publicado en 1979 por el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, y cuyo Capítulo IX trata expresamente «De la Publicidad». Los artículos más importantes de este capítulo son, a nuestro juicio, los números 65, 66, 68 y 69.

Puesto que cualquier profesional puede tener un fácil acceso a este Código, y teniendo en cuenta que ya existe el «borrador» de uno nuevo, vamos a referirnos a este último, aún no publicado en el momento de la redacción de estas líneas.

En el «borrador» del nuevo Código Español de Deontología Médica, el Capítulo XIX trata «De la Publicidad», y comprende los artículos número 130 a 137, inclusive. Vamos a transcribir y comentar los aspectos más relevantes.

En primer lugar *se prohíbe la publicidad* cuando no se ciñe a unas normas básicas de discreción y dignidad:

> «Art. 130. La reputación del médico debe basarse en su competencia profesional y en su integridad moral. Por ello, se prohíbe al médico toda publicidad que tenga por fin atraerse pacientes o promocionar su notoriedad.»

> «Art. 131. Las menciones que figuren en las placas de la puerta del consultorio, en los membretes de cartas o recetas, en los anuncios de prensa y en los anuarios, guías y directorios profesionales serán discretos en su forma y contenido…»

Se añaden en este artículo algunas directrices al respecto y, en el 132 se especifica que cualquier anuncio que se salga de tales límites debe ser previamente aprobado por la Comisión Deontológica del respectivo Colegio Oficial de Médicos.

El artículo 133 hace referencia a la publicidad de las instituciones médicas, públicas o privadas, en la misma línea previamente establecida.

La *información sobre los éxitos* obtenidos (en la investigación o en la aplicación de cualquier técnica médica o quirúrgica) es muy importante para el conocimiento del público en general. Sin embargo, esta información no puede ser ni propagandística ni sensacionalista, y queda regulada en el artículo 134:

> «Art. 134. Se prohíbe la publicidad en torno a un éxito profesional para beneficio de determinada persona, institución o escuela…»

Se recuerda después, una vez más, la obligatoriedad de poner en conocimiento de la respectiva

[14] Para otras cuestiones relacionadas con la moral de la información en general, cfr. VIDAL GARCÍA, M., *Moral Social* (vol. III de *Moral de Actitudes*), Madrid, PS Editorial, 1988.

[15] Cfr. ATAZ LÓPEZ, J., *Los médicos y la responsabilidad civil*, Madrid, Montecorvo, 1985; FERNÁNDEZ DEL HIERRO, J. M., *Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria*, Pamplona, Aranzadi, 1985; GISBERT CALABUIG, J. A., *Medicina Legal y Toxicología*, Valencia, Saber, 1985.

[16] MOLINER, M., *Diccionario de Uso del Español*, 2 vols., Madrid, Gredos, 1981.

[17] Cfr. Código de Deontología Médica, Madrid, Consejo General de los Colegios de Médicos, 1979.

Comisión Deontológica cualquier información en este sentido, solicitando su visto bueno; y se específica, en todo caso, que:

> «En esta materia, se exigirán siempre criterios de veracidad y decoro y se eliminará todo indicio de publicidad.»

La *relación entre educación sanitaria, divulgación y publicidad personal* se trata en los artículos 135, 136 y 137. Recogemos íntegro el número 135 porque en él queda perfectamente definido el espíritu que debe guiar estas actividades:

> «Art. 135. La educación sanitaria del público es una obligación profesional y debe ser fomentada. Por ello, los médicos, si están capacitados para comentar con autoridad asuntos médicos de interés general, pueden dar conferencias o participar en programas radiados o televisados y en campañas de prensa, a condición de que observen las reglas de discreción y dignidad propias de la profesión médica.»

Como puede verse a lo largo de estas líneas, son los valores de *dignidad y discreción* los que deben regir al médico en materia de publicidad personal.

Debemos referirnos por último a aquella forma aberrante de propaganda personal que se basa en el intento de *desprestigiar* a otros médicos en beneficio propio. Esta conducta queda expresamente prohibida por el artículo 61 del Código de Deontología Médica de 1979. El «borrador» del nuevo Código hace referencia a la misma en el Capítulo XI, que trata «De la Confraternidad Profesional», y, específicamente en el artículo 79, que dice:

> «Art. 79. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. La presencia de pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.»

Esta prohibición se fundamenta éticamente en la *«exigencia del mutuo respeto»*, recogida en el artículo 78. Pero, en definitiva, esta exigencia de respeto mutuo no es un imperativo ético que deba afectar exclusivamente a los médicos: es una norma universal para la buena convivencia de los seres humanos. Cuando el Código de Londres, de 1949, afirma que «el médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que aquéllos se comportasen con él» no hace sino particularizar en el profesional de la medicina aquella «regla de oro» que nos dicta: «Por tanto, todo cuanto queráis que os hagan los hombre, hacédselo también vosotros a ellos»[18].

Problemas éticos en la información sobre temas médicos

La información sobre temas médicos constituye una práctica a la vez antigua y vigente. Tanto en la prensa como en la radio y en la televisión existen espacios dedicados regularmente a la medicina donde los asuntos son tratados unas veces por periodistas, otras por médicos (que asumen entonces el papel del periodista) y a menudo por ambos bajo la forma de entrevistas. Estas entrevistas afectan en ocasiones a varios profesionales médicos simultáneamente, por lo que éstos pueden entrar en debate: entonces la forma en que se establece la discusión entre ellos puede ser también objeto de una valoración ética, con independencia de lo adecuado o lo improcedente en las cuestiones divulgadas.

Ciñéndonos a la divulgación en biomedicina diremos que ésta persigue unos fines beneficiosos, tanto en el plano meramente informativo como en el preventivo.

En primer lugar la simple *información* sobre temas biomédicos permite a cualquier ciudadano, independientemente de su oficio o profesión, aumentar su nivel cultural y «estar al día» en cuestiones que de una forma u otra le afectan como persona o le pueden afectar en el futuro, directamente o a nivel familiar y social. Cualquiera puede estar interesado en saber cómo marchan las investigaciones actuales sobre la causa del cáncer o sobre su tratamiento, cómo se propaga el SIDA, o qué misterio se encierra en el hecho de que algunas enfermedades, como las depresiones o la úlcera gastroduodenal, sean más frecuentes en primavera y en otoño.

Además, las campañas de divulgación, correctamente diseñadas, pueden servir de modo extraordinario a la *medicina social* en el concreto aspecto de la *prevención* de las enfermedades, e incluso en la promoción de unos niveles más elevados de *salud y de bienestar públicos*. El Estado debe promover el conocimiento de las medidas generales de higiene personal desde la Educación General Básica. Y sería, por lo demás, deseable

[18] Evangelio según San Mateo, 7, 12.

que el nivel cultural de la población fuese lo suficientemente elevado como para que esas medidas se aprendieran en el seno de la familia y se desarrollaran como hábitos desde la infancia: limpieza en la manipulación de alimentos y en la comida, higiene bucal, ejercicio físico, etc. Pero pueden existir aspectos muy específicos que no tienen por qué ser objeto de una enseñanza en la infancia, o que no pueden serlo, pero que interesan al sujeto adulto. Dentro de estos aspectos hay que incluir aquellos sobre los que la investigación biomédica va alcanzando, paulatinamente, un mejor conocimiento. Así, como ejemplo, a un adulto le interesa saber que dejar el hábito de fumar, restringir el consumo de grasas de origen animal, limitar la ingesta alcohólica, hacer algún ejercicio físico, y procurar llevar una vida más relajada y menos competitiva, reducirán su riesgo para sufrir un infarto de miocardio. Otro ejemplo muy significativo nos remite al hecho de que las pautas de conducta sexual se están modificando en muchos países (en el sentido de hacerse menos promiscuas) cuando se ha informado a la población sobre la naturaleza del SIDA y los mecanismos de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana.

Pero, por otra parte, hay que comentar algunos aspectos negativos que puede conllevar la divulgación y a los que nos referiremos seguidamente.

a) Peligro de hipocondrización

La «hipocondriasis», en sentido estricto, es considerada una enfermedad psíquica y clasificada como tal en todos los sistemas nosológicos vigentes[19]. Pero quizá la hipocondriasis no sea sino la máxima expresión de una «actitud hipocondríaca», que es la del sujeto que vive en una preocupación continua por su estado somático, temiendo siempre el estar enfermo, y valorando exageradamente —como graves y amenazantes— pequeños síntomas de poca relevancia (como una lengua saburral, una discreta cefalea, o una esporádica flatulencia). Estos individuos son asiduos «consumidores» de programas o escritos sobre divulgación médica, y tienden a pensar que padecen o han padecido todos los síntomas cuya descripción leen o escuchan; otras veces, quedan en una expectativa angustiosa esperando y temiendo padecer los síntomas o enfermedades de las que han oído hablar.

Parece obvio que un buen programa o artículo de divulgación médica no puede convertir a nadie en un hipocondríaco, aunque un hipocondríaco lo esgrima como «demostrativo» de que la enfermedad que él cree padecer está allí descrita y ningún médico ha sido capaz de diagnosticarla hasta ese momento. Pero también es verdad que si la forma de dar la información es inadecuada, la divulgación puede fomentar la actitud hipocondríaca en la población, promoviendo en muchos ciudadanos una angustia innecesaria y unos temores improcedentes ante determinadas afecciones, con lo que se originan auténticas «neurosis colectivas».

b) Efecto inductor de la publicidad

La mera información, incluso desprovista de juicios de valor, puede ser netamente dañina cuando se refiere a determinados temas médicos, en la medida en que puede inducir, en algunas personas, a conductas anormales.

Sabemos, por ejemplo, que la incidencia de los suicidios aumenta drásticamente tras algún suicidio notorio al que se haya dado gran publicidad[20], y que este aumento se produce solamente en las regiones que recibieron el impacto informativo y en proporción directa a la intensidad de dicha información y a la diversidad de los medios de comunicación por los que se difundió; además afecta a personas de la misma edad que el suicida sobre el que se da la información. Pero las investigaciones recientes no hacen sino confirmar antiguas intuiciones: tras la publicación de *Los sufrimientos del joven Werther,* de Goethe, en 1774, hubo en toda Europa un considerable aumento de suicidios entre jóvenes que incluso se vestían como el protagonista de la novela para consumar su acción, por lo que fueron atribuidos a la influencia de dicha obra; por ello, Napoleón la consideraba «perniciosa» (a pesar de haberla leído siete veces) y regañó a Goethe cuando se encontró con él, en 1808, en Weimar[21].

[19] Así, la Clasificación ICD-9 (y el «borrador» ICD-10) de la Organización Mundial de la Salud, y la Clasificación DSM-III-R de la Asociación Psiquiátrica Americana.

[20] PHILLIPS, 1985; citado por MYERS, D. G., *Psicología,* Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1986.

[21] Cfr. *Biografía de Goehte* y el Prólogo a *Los sufrimientos del joven Werther,* de CANSINOS ASSENS, R., en el vol. I de las *Obras Literarias* de J. W. GOETHE (Madrid, Aguilar, 1944), entre otras fuentes.

La inducción de una conducta agresiva y destructiva en niños tras la observación de programas de televisión de contenido violento fue demostrada por Bandura y Walters[22], quienes formularon, a partir de estos datos el concepto de «aprendizaje imitativo» o «aprendizaje vicario».

Estimamos que una divulgación indiscriminada sobre algunos aspectos relacionados con las drogodependencias (tipos de drogas, efectos «placenteros» que producen, lugares donde adquirirlas, procedimientos para consumirlas, personajes famosos que han sido toxicómanos, etc.) puede inducir al consumo. Piénsese en el efecto que puede ejercer en un joven el oír hablar de la «droga de amor» o del «éxtasis», o en el agradable significado latente que subyace en el término «blando» cuando se habla de las no por ello menos dañinas «drogas blandas».

Cuando se informa sobre estos temas se debe ser muy prudente para evitar efectos deplorables.

c) Uso de «remedios terapéuticos» sin control médico

Éste puede ser otro de los efectos indeseables de una divulgación médica poco cuidadosa. En efecto, cuando se ponderan las bondades de un medicamento o de unas «hierbas medicinales» (que, sin duda alguna, habrán de contener principios químicos farmacológicamente activos) se está ejercitando una propaganda e inducción al consumo más o menos subliminar y fuera del control médico, puesto que el consumidor asume que la información que recibe es válida y está bien fundamentada y avalada.

Como ejemplo podemos indicar la publicidad que se dio a las propiedades del ácido acetilsalicílico para prevenir el infarto de miocardio, que incluían la observación de que «los investigadores aconsejaban tomar dos o tres comprimidos por semana». Aquí nos encontramos con un claro ejemplo de inducción al consumo sin control médico de un fármaco de libre venta y adquisición, barato, y realmente eficaz frente a muchas dolencias, pero cuyo uso también posee contraindicaciones formales y que, ingerido sin control, puede dar lugar a efectos secundarios severos.

Los peligros de una divulgación médica inadecuada no han escapado a la visión de los profesionales que han redactado nuestro Código Deontológico. Este tema se aborda en el artículo 142 del «borrador» del nuevo código, dentro del Capítulo XX, que trata «De las Publicaciones Profesionales»:

> «Art. 142. En los escritos que se publican en la prensa general o en las entrevistas, orales o escritas, difundidas al público, los médicos deben cuidar la precisión de sus afirmaciones y se abstendrán de verter juicios peyorativos para sus colegas. Cuidarán de que sus intervenciones en los medios de comunicación sean veraces y prudentes y que pretendan no su propia promoción publicitaria, sino la educación sanitaria de la comunidad. Se abstendrán de opinar sobre aspectos o cuestiones en los que no sean competentes.»

Como puede observarse, la *veracidad* y la *prudencia* se erigen como normas éticas fundamentales en la divulgación. La *prudencia,* a nuestro juicio, debe implicar una valoración anticipada sobre el efecto que aquello que se divulga ejercerá sobre la población que recibe el mensaje, ajustando la información dada al efecto previsto, que siempre debe favorecer a la sociedad.

Otra cuestión de interés es la concerniente a la ética de la *información sobre la praxis médica.* La práctica médica, en sí misma, constituye frecuentemente un tema de información. Unas veces se da publicidad a la malpraxis o mala práctica profesional, cuando ha habido negligencia o imprudencia por parte de un médico o un equipo de médicos que han causado un mal al enfermo. En otras ocasiones, por el contrario, se pondera y alaba la actuación de uno o varios profesionales. En ambos extremos el informador puede conculcar los principios de su propia ética.

Ya hemos visto como el Código de Deontología Médica exige «veracidad y decoro» en el tratamiento informativo de los *éxitos* terapéuticos.

Pero, junto a este aspecto positivo se encuentra la información sobre la *malpraxis* que, con frecuencia, está mal orientada, especialmente en los siguientes casos: a) el *sensacionalismo* de la información induce en la opinión pública una actitud de recelo y desconfianza frente a la medicina y a los médicos, porque o bien se hace una «descalificación global» de una Institución Sanitaria o de un equipo médico, o bien se acusa al colectivo de médicos de «corporativismo» (o términos similares), o, por último, los receptores del mensaje tienden a generalizar la información dada sobre un caso concreto a toda la profesión médica: un error médico, escandalosamente publicado, puede hacer

[22] BANDURA, A.; WALTERS, R. H., *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad,* Madrid, Alianza Editorial, 1979.

pensar a muchas personas que los médicos son muy malos, que no se preocupan de sus pacientes, etc.; b) cuando el informador tiende a afirmar la realidad de un *presunta malpraxis* médica que está *sub judice*, dando noticias precisas sobre la identidad de los médicos implicados que, aun en el caso de ser ulteriormente considerados inocentes, verían gravemente dañado su honor, su dignidad profesional, y la confianza que los futuros pacientes podrían depositar en ellos: un ejemplo muy característico ha ocurrido mientras se estaban redactando estas líneas: el que las escribe vio en televisión cómo un médico (del que se conocían perfectamente los datos y cuya imagen apareció íntegra y durante tiempo suficiente) era detenido, esposado y custodiado por dos policías, en tanto que el delito que se le imputaba aún no se había demostrado (era el momento del comienzo de las diligencias); en este caso cabe preguntarse si el informador procedió éticamente, puesto que podía haber dado la noticia sin añadir esas deplorables imágenes de una persona que posee el inalienable derecho a que se la considere inocente salvo que los Tribunales de Justicia dicten lo contrario.

Ética de la propaganda en relación con la medicina

Ya hemos visto, en la primera parte de este capítulo, cómo la propaganda es una forma de publicidad que induce abiertamente al consumo. La propaganda es muy antigua puesto que «ya en los iniciales medios informativos de Grecia o Roma se hacía propaganda de medicinas griegas o de terracotas pompeyanas»[23].

A lo largo de la historia se han sucedido una serie de formas de propaganda que poseen unas connotaciones éticas indudables: la *propaganda enunciativa*, la *competitiva*, y la *agresiva*[24]. La primera es la única forma existente hasta finales del siglo XIX: con ella se trata de informar al público de las excelencias de un producto, describiéndolas con detalle. La propaganda competitiva, que surge ya a finales del siglo pasado, establece comparaciones entre el producto ofrecido y otros similares, destacando las ventajas del primero. Finalmente, la propaganda se va haciendo cada vez más agresiva intentando, de una parte, destruir a los competidores y, de la otra, estimular a nivel inconsciente las necesidades del consumidor (mediante métodos fundamentados en el psicoanálisis o en el conductismo), por lo que, muy a menudo, recurre al sexo, a la agresividad y al deseo de poder como señuelos que se adhieren sutilmente al producto anunciado.

Esta posibilidad de actuar inconscientemente sobre el consumidor es lo que hace posible la existencia de una *propaganda subliminar* o encubierta, aunque ésta, reprobada legal y moralmente, se sigue practicando. De ahí que, como señala Vázquez Montalbán[25], «en las sociedades capitalistas actuales, la publicidad ejerce una dictadura sobre la conducta consumidora del ciudadano y ha creado un hábito cultural sobre su mecánica de reflexión y decisión», tanto más cuanto que los medios de comunicación social «se alimentan» de la propaganda, es decir, obtienen de ella los recursos para su financiación.

Por otra parte existe una *propaganda informativa* y otra *persuasiva*: la primera «notifica a los consumidores las características de los nuevos artículos producidos», mientras que la segunda «crea en los consumidores nuevas necesidades»[26].

La propaganda posee unas repercusiones éticas tan importantes, como acabamos de decir, que la Iglesia Católica le ha dedicado el capítulo 5 de la Instrucción Pastoral *Communio et progressio* sobre los Medios de Comunicación Social. En esta Instrucción podemos leer:

«59. La importancia de la publicidad en la sociedad de nuestro tiempo crece de día en día y nadie escapa a su influencia. Es ciertamente muy útil a la sociedad. Por ella el comprador conoce los bienes que puede necesitar y los servicios que se le ofrecen; y así también se promueve una más amplia distribución de los productos. Con esto se ayuda al desarrollo de la industria, que contribuye al bien general. Esto es laudable con tal que quede siempre a salvo la libertad de elección por parte del comprador, y aunque se utilicen las necesidades primarias excitando el deseo de unos bienes, la publicidad debe tener en cuenta la verdad dentro de su estilo característico.

60. Pero si la publicidad presenta al público unos artículos perjudiciales o totalmente inútiles, si se hacen promesas falsas en los productos que se vende, si se fomentan las inclinaciones inferiores del hombre, los difusores de tal publicidad causan un daño a la sociedad humana y terminan por perder la confianza y autoridad. Se daña a la familia y a la sociedad, cuando se crean falsas necesidades, cuando continuamente se les incita a adquirir bienes de lujo cuya adquisición puede impedir que atiendan a las necesidades realmente fundamentales. Por lo cual, los anunciantes deben establecerse sus propios límites de manera que la publicidad no hiera la dignidad humana ni dañe a la comunidad. Ante todo debe evitarse la publicidad que sin recato explota los instintos sexuales buscando el lucro o, que de tal manera afecta al subconsciente, que pone en peligro la libertad misma de los compradores»[27].

Resumiendo: la *Communio et progressio*, 1) afirma la importancia, influencia social y utilidad de la propaganda; 2) condena la propaganda de artículos perjudiciales (o inútiles), la creación de falsas necesidades y la manipulación inconsciente de las personas, y 3) apela a los anunciantes para que se ciñan a unas normas que respeten el bien común y la dignidad de las personas.

Trataremos a continuación los aspectos éticos de la propaganda en medicina. Pensamos que existen cuatro cuestiones sobre las que es preciso reflexionar: la propaganda de las terapéuticas, la descalificación propagandística de terapéuticas eficaces, la propaganda inductora al consumo de alcohol y nicotina, y la información sobre la denominada «muerte digna» (a veces con obvios fines propagandísticos a favor de la eutanasia).

a) Propaganda de terapéuticas

Dentro de este apartado tenemos que referirnos a tres temas: la propaganda de la industria farmacéutica, la de nuevas terapias, y la de las denominadas «medicinas alternativas o no-ortodoxas».

Propaganda farmacéutica. Los aspectos éticos de la propaganda que realiza la industria farmacéutica para lograr una mayor venta de sus productos depende de que ésta se realice con el objeto de convencer al médico (lo que constituye el caso habitual para la gran mayoría de los medicamentos), o que se dirija al público en general (cuando el medicamento es de libre dispensación):

a) Cuando la propaganda se dirige directamente al médico, lo habitual es que éste reciba una información detallada sobre el fármaco, su composición, sus propiedades farmacológicas, sus indicaciones terapéuticas, las contraindicaciones absolutas o relativas, los efectos secundarios o indeseables, sus interacciones con otros medicamentos, las características de la intoxicación (si existe) y su tratamiento, la posología habitual, así como otras advertencias y precauciones (uso en el embarazo, lactancia, pediatría, geriatría, etc.), y otras informaciones si proceden. Si la propaganda no cubre estos requisitos el médico debería hacer caso omiso de la misma y atenerse a los textos y publicaciones sobre farmacología y terapéutica.

b) Si la propaganda se ejerce a través de los medios de comunicación social y va dirigida al público en general —lo que suele ser el caso de los analgésicos, anticatarrales, etc.— conviene advertir de las contraindicaciones formales de los medicamentos anunciados, así como aconsejar la consulta a un médico o farmacéutico antes de proceder a la automedicación.

Un caso que plantea una delicada cuestión ética es el de la propaganda de métodos anticonceptivos, especialmente de los preservativos, a través de la televisión y en horas en que puede ser observada por niños, de forma imprevisible. Con independencia de los aspectos éticos de la contracepción, pensamos que este tipo de propaganda puede realizarse por otros medios que lleguen al adulto sin afectar al público infanto-juvenil.

Nuevas terapéuticas. Cuando se descubre un nuevo método terapéutico, éste debe ser publicado para su conocimiento entre los profesionales de la medicina. Pero también resulta importante que se divulgue entre el público en general. Las características que debe poseer esta divulgación han sido tratadas con anterioridad (parte III). En todo caso debe insistirse en la necesidad de evitar sensacionalismos que den lugar a falsas expectativas y ulteriores desengaños (como ha ocurrido muy frecuentemente con los remedios «milagrosos» frente al cáncer).

Finalmente diremos que, en este sentido se pro-

[23] VÁZQUEZ MONTALBÁN, M., artículo bajo la voz «Publicidad», en *Gran Enciclopedia Larousse*, Barcelona, Planeta, 1971.
[24] Ibidem.

[25] Ibidem, cfr. VÁZQUEZ MONTALBÁN, M., *Informe sobre la información*, Barcelona, Fontanella, 1964.
[26] Ibidem.

[27] Instrucción pastoral *Communio et progressio* sobre los Medios de Comunicación Social, en *Documentos del Vaticano II*, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1986.

nuncia el «borrador» del nuevo Código de Deontología Médica, en su artículo 143:

«Art. 143. Constituye falta profesional muy grave la apología entre el público de un procedimiento diagnóstico o terapéutico insuficientemente demostrado.»

Medicinas alternativas. Un espinoso problema que se plantea actualmente es el que afecta a las denominadas «medicinas alternativas» o «no ortodoxas». Entre éstas podríamos citar la acupuntura, la homeopatía, el naturismo, etcétera.

El «borrador» del nuevo Código Español de Deontología Médica les dedica el Capítulo XXI, «De las Medicinas No Ortodoxas», que contiene tres artículos, de los que nos interesa el primero de ellos:

«Art. 144. El médico está obligado a basar el diagnóstico y tratamiento que ofrece a sus pacientes en principios científicos ortodoxos y a revisar críticamente el valor de los procedimientos que emplea. Aunque muchas de las llamadas medicinas alternativas no han conseguido dotarse de una base científica aceptable, los médicos que las aplican están obligados a registrar honesta y objetivamente sus observaciones, para hacer posible la evaluación de la eficacia de sus métodos.»

Se observa aquí la enorme prudencia con la que el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos trata este tema. Y puesto que se admite que un médico aplique tales «medicinas alternativas» habrá que admitir también que haga publicidad de su ejercicio dentro de las normas generales que deben regirla, y que se han señalado con anterioridad. Como el artículo 131 determina que el profesional solamente podrá anunciar su especialidad si ésta está legalmente reconocida, en el caso del ejercicio de «métodos alternativos» habrá de acogerse, sin duda, al artículo 132, consultando a la Comisión Deontológica de su Colegio y siguiendo su dictamen. En el Código vigente ambos supuestos están contemplados en su artículo 66.

También plantea un delicado problema ético el de la propaganda de la utilización del medidas terapéuticas que se estudian someramente en la Licenciatura en Medicina, que se suelen aprender durante el período de especialización en alguna rama del saber médico, pero que pueden ser aplicadas libremente por cualquier profesional de la medicina. Es el caso de las psicoterapias (en todas sus variedades: dinámicas, conductales, cognitivas, de grupo, relajación, hipnosis, etc.), de la sexología, de las técnicas de biofeedback, etc. En estos casos el médico que las utiliza debe tener la seguridad de que las domina técnica y conceptualmente, tras una formación adecuada, pues de lo contrario —y dejando aparte la correspondiente falta de ética— si de la ignorancia del médico se derivara un daño para el paciente, éste podría exigirle responsabilidad y demandarle por imprudencia.

Señalaremos finalmente que el médico nunca podrá anunciarse como «especialista» en dichas técnicas, ya que no están incluidas en la vigente Ley de Especialidades Médicas.

b) La descalificación de métodos terapéuticos eficaces

En los últimos años hemos asistido al curioso fenómeno de la crítica no fundamentada científicamente de medidas terapéuticas de probada eficacia. Cuando se analizan las formas en que se lleva a cabo este intento de desprestigio, se observa que son muy variadas. Pero lo que resulta más revelador es cuestionarse el porqué de la campaña de desprestigio; es entonces cuando suelen descubrirse mecanismos sutiles de propaganda política, o intereses económicos involucrados en una competencia desleal y agresiva.

Vamos a poner dos ejemplos que caracterizan ambas opiniones. El primero se refiere a la campaña de desprestigio de la terapéutica electroconvulsivante en psiquiatría, que comenzó en los años 60, vinculada a los diferentes «movimientos antipsiquiátricos» de orientación política radical. Se hablaba entonces de la utilización del electrochoque por «una psiquiatría agresiva y violenta, al servicio del poder establecido», mientras se ocultaban sutilmente tres cosas muy importantes: a) que esta terapéutica, desde su aparición en 1936, había salvado la vida de muchos enfermos gravemente agitados o de melancólicos con grave riesgo de suicidio, antes de la aparición de los neurolépticos y antidepresivos en la década de los 50; b) que dicha terapia seguía y sigue teniendo unas indicaciones médicas muy precisas (depresiones angustiosas con grave riesgo de suicidio, depresiones resistentes, etc.), y c) que es una de las terapéuticas más inocuas que pueden ser aplicadas, con muy pocos riesgos (casi siempre fácilmente controlables) y escasas contraindicaciones. La propaganda contra el electrocho-

que no fue más que una bandera política esgrimida por sus detractores por la evocación truculenta de las palabras «choque» y «eléctrico». Recordemos, de pasada, que en Estados Unidos, ya se han pronunciado sentencias contra psiquiatras que, debiendo haber aplicado la terapia electroconvulsivante en un momento dado, dejaron de hacerlo sin razones científicas para ello.

El segundo ejemplo es más reciente. En el año 1989 ha podido leerse en una revista dirigida al público en general, y en grandes titulares, que existen «fármacos más peligrosos que la heroína», y que el triazolam (hipnótico benzodiacepínico) —que era citado por su nombre comercial— era un medicamento «para volverse loco». Cuando se analiza esta propaganda detenidamente, desde la perspectiva del que conoce bien los efectos terapéuticos tanto como los efectos secundarios y las posibles reacciones adversas de estos fármacos, se llega a la conclusión de que probablemente se trata de una información manipulada por intereses económicos que intentan ejercer una competencia desleal de tipo agresivo (como hemos descrito antes).

El médico puede encontrarse, en estos casos, frente a pacientes que le discutan su preparación profesional, o que desconfíen de él porque otorgan más crédito a la información que han leído en la prensa periódica. Un colega nuestro tuvo que oír de uno de sus pacientes: «usted me ha querido volver loco al mandarme este medicamento». El lector puede extraer por sí mismo las oportunas conclusiones.

c) La propaganda de bebidas alcohólicas y del tabaco

Si estudiamos la ética de la publicidad en biomedicina no podemos dejar de referirnos a la propaganda que fomenta el uso de productos que poseen un deplorable efecto para la salud.

Sabemos que en la etiología del alcoholismo crónico y del tabaquismo intervienen muy diversos factores[28] de orden biológico (acción farmacológica del etanol y de la nicotina) y psicológico (personalidad de los consumidores, nivel de ansiedad o de depresión, etc.). Pero es también evidente la importancia de los factores sociales que pueden resumirse en el concepto de «inducción al consumo»; inducción que se realiza desde el aprendizaje imitativo (consumo de los padres, fundamentalmente), la «presión social» (inducción a beber promovida por los amigos en situaciones de encuentro, celebraciones diversas —en las que no falta el consumo de alcohol—, etc.), y la propaganda: «El inventario de estos factores psicosociales debe aun comprender esa especie de presión social que pesa sobre el individuo y que le empuja a beber, podría decirse, para no ser excomulgado del grupo (especialmente en el lugar de su trabajo o en el trayecto)»[29].

En lo que concierne a la propaganda del tabaco, la legislación española vigente exige que se haga constar siempre (incluso en las cajetillas de cigarros) que el uso del tabaco es perjudicial para la salud. Pero esto no ocurre para la propaganda del alcohol que, además, suele ser mucho más «agresiva», puesto que con enorme frecuencia vincula el hecho de beber con situaciones eróticas y lujosas[30], con lo que se fomenta el hábito relacionándolo con fantasías sexuales inconscientes. Además, los productos anunciados son los de más alta graduación. No debemos olvidar que el alcoholismo crónico y el tabaquismo son las dos toxicodependencias más frecuentes (y a gran distancia de las otras) en nuestro país, y que dan lugar a innumerables enfermedades crónicas, cuyo costo personal y social es enorme (hepatopatías, cardiopatías, broncopatías, hematopatías, y encefalopatías crónicas, entre otras, aparte del cáncer de diversos tipos). El alcoholismo es, además, un factor de primer orden en la causa de los accidentes laborales y de tráfico, y en la mortalidad vinculada a los mismos, así como en la mortalidad por suicidio.

d) Perspectiva ética sobre la información en torno a la denominada «muerte digna» y la eutanasia

En el momento actual es muy frecuente encontrar referencias, en los medios de comunicación social, a

[28] SÁNCHEZ BLANQUÉ, A., «Aspectos psicológicos en la etiología de las drogodependencias», en JIMÉNEZ J. A. (ed.), *Drogodependencias*, Huesca, Colegio Universitario, 1986.

[29] EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, CH. *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Toray-Masson, 1975, p. 356.

[30] Las cargas psicológicas que contienen los mensajes publicitarios de las bebidas alcohólicas son básicamente el placer y el prestigio, según se desprende de una investigación realizada bajo nuestra dirección por VICO, P., *Alcohol y publicidad, Estudio cuantitativo y de contenido de publicidad de bebidas alcohólicas en una muestra de revistas de aparición semanal,* tesina de especialización en Asistencia Social Psiquiátrica, Director, Prof. A. Sánchez Blanqué, Universidad de Zaragoza, 1983.

la denominada «muerte digna». Este concepto se vincula a los de «eutanasia» y «distanasia».

En efecto, las campañas propagandísticas más notorias se han dirigido contra la «distanasia», es decir, la agonía prolongada mediante las modernas técnicas de cuidados intensivos, respiración asistida, alimentación parenteral, y mantenimiento artificial de las diversas constantes vitales. En general, las informaciones más abundantes al respecto son las que se han referido a personajes relevantes y jefes de estado como Franco, Tito, Hiro-Hito, etc. En estos y otros casos, la información ha sido muy frecuentemente tratada de tal manera que sugería en el receptor la idea de una «muerte indigna» o de una odiosa agonía. Pocas veces se ha señalado que un médico, o un equipo de médicos tienen el derecho fundamental de actuar éticamente según su ciencia y su conciencia, y que el mero hecho de dejar de prestar asistencia a un paciente agonizante puede generar en ellos el sentimiento de «haber dejado morir a alguien» sin recurrir a un último esfuerzo; sentimiento muy próximo, a veces, al de «haber matado a alguien» por dejar de asistirle; y que estos sentimientos pueden originar una insoportable conciencia de culpabilidad.

Por otra parte, el ampuloso y ambiguo concepto de «muerte digna» puede sugerir, en el receptor de la información, la idea de las ventajas de una «eutanasia activa» donde la intervención médica anticipe una muerte prevista como próxima, cierta y llena de sufrimientos. Como la ética de la eutanasia se trata en otro capítulo de esta obra no entraremos en su discusión: solamente hemos querido señalar cómo la información que se difunde sobre ella también está empapada de las connotaciones éticas que la afectan.

23. LOS COMITÉS DE ÉTICA HOSPITALARIA Y LA RELEVANCIA DE SUS DECISIONES

E. Pesqueira Alonso

Introducción

La medicina es, por su propia naturaleza, un quehacer moral. El médico dirige toda su actividad a tratar seres humanos, y sus decisiones intentan hacerles bien. En su trabajo, el médico no es sólo un experto especializado en reparar las averías causadas por la enfermedad, es también un experto en humanidad, que ha de respetar la integridad personal del hombre necesitado de su ayuda. Ésta es la raíz de la ética médica.

Para asumir esta responsabilidad y hacer frente a los problemas que se le plantean, cargados a veces de angustiosas disyuntivas, no bastan al médico la simple intuición, ni las buenas intenciones, ni siquiera la adhesión a las costumbres de la Medicina local. Le hace falta el cultivo constante de la sensibilidad y de la ciencia ética, para identificar los problemas y buscarles soluciones racionales (Herranz, 1988).

En ocasiones, el médico se encuentra solo y perplejo ante las constantes innovaciones y el creciente costo de los medios técnicos empleados en la práctica clínica. La aplicación de esos procedimientos plantea problemas éticos que han de ser afrontados con conocimientos y habilidad en el proceso de decisión ética.

Para ayudar al médico, a la sociedad y al paciente, en esas situaciones, han surgido los Comités Éticos Hospitalarios. Desde su irrupción en la escena clínica, a mediados de los años 70, los Comités Institucionales de Ética (CIE) han ido adquiriendo una importancia y un desarrollo seguramente mayor que cualquier otra figura o institución de la ética profesional. Su desarrollo ha superado fronteras hasta el punto de que puede decirse que no hay país desarrollado hoy en el que no se hayan puesto en marcha —o al menos se haya intentado ponerlos en práctica— los CIE, en alguna de sus variantes.

Qué son los Comités de Ética

Los CIE han sido entendidos de muy diversos modos, pero se los puede describir diciendo que se trata de «un grupo multidisciplinar de personas que, dentro de una institución sanitaria, ha sido específicamente establecido para aconsejar a los profesionales sanitarios en sus decisiones sobre las cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica» (Cohen, 1988; Cranford y col., 1985; US Government Oficce, 1983). Con más o menos variantes, esta definición es, por lo común, admitida.

Adaptándose a esta descripción, caben CIE que asumen en grado diferente las dos responsabilidades básicas —éticas y técnicas— que se les confían. Así, pueden darse comités hospitalarios a los que, entre otras funciones, se les conceda competencias en lo ético; comités cuyas competencias principales son de tipo ético, pero a los que se conceden también algunas funciones técnicas; y comités cuya única competencia es lo ético.

Dentro del tipo de comités citados en primer lugar —aquellos cuyas competencias éticas son secundarias o marginales—, cabe destacar sobre todo los Comités de Ensayos Clínicos o sus equivalentes, cuya principal competencia es el estudio, autorización y seguimiento de los protocolos de experimentación de fármacos sobre seres humanos. Dentro de los mencionados en segundo lugar —ética + medicina—, se encuentra los comités de pronóstico, cuya más importante función estriba en aplicar criterios éticos conjuntamente con otros criterios médicos, a fin de evaluar el pronóstico de un paciente y determinar el tratamiento proporcionado. Los comités mencionados en tercer lugar —sólo ética— son los que responden más auténticamente al nombre de CIE, y los que, por tanto, serán objeto principal de este capítulo.

Un repaso a la historia de los comités de ética puede ser una gran ayuda para comprender su naturaleza y modo de actuar.

Un poco de historia

Puede afirmarse que, dentro de un hospital, la petición de consejo ético a un colega es tan antigua como la consulta de unos a otros, por razones profesionales. Al ser el componente ético algo medular de la Medicina, muchas de las consultas que a lo largo de la historia unos médicos han hecho a otros, habían de tener necesariamente una carga más o menos fuerte de contenido ético.

Sin embargo, concentrando la atención en los comités, tal y como los conocemos hoy día, puede decirse que la idea surge *en torno a los años 20 en los Estados Unidos*, para enfrentarse a un problema concreto: la esterilización de deficientes mentales con fines eugenésicos (Cohen, 1988). Con el paso de los años, fueron apareciendo por todas parte otros comités, de tipo ocasional —no permanente—, para cumplir diferentes funciones específicas: la evaluación de posibles casos de aborto terapéutico, la determinación de los pacientes que serían sometidos a la psicocirugía, de moda en los años 50, y otros similares (Hosford, 1986).

A partir del final de la II Guerra Mundial, los horrores de la medicina nazi, sacados a la luz durante los *Juicios de Nuremberg*, sensibilizaron a la opinión pública mundial frente a la experimentación indiscriminada con seres humanos, y llevaron a proclamar la necesidad del consentimiento libre de los sujetos de investigación. Ya en los años 50, se detectaban en Estados Unidos las primeras directrices sobre comités encargados de supervisar estas investigaciones. La *Declaración de Helsinki* de la Asociación Médica Mundial (1966), revisada después en Tokio en 1975 (WMA), puso sobre el tapete la necesidad de contar con unos organismos que tuviesen como misión asegurar la calidad de los protocolos de investigación, y conseguir que el consentimiento de los pacientes sometidos a investigación fuese verdaderamente libre e informado. Desde ese momento, los *comités de ensayos clínicos* —tal es el nombre de esos comités en España; su correspondiente en Estados Unidos son los Institutional Review Boards (IRB)— fueron extendiéndose por todo el mundo. Pocos son hoy los países en los que no exista una reglamentación que describa las funciones, composición y territorio de actuación de esos comités (Bankowsky y col., 1982).

Pero si, retomando el hilo de la historia, nos referimos a los CIE propiamente dichos, de ámbito más general, nos encontramos con dos acontecimientos de especial relevancia histórica: el Comité de Seattle, y el caso de Karen Quinlan.

El primero de ellos es el fruto de la invención en 1960, por parte de un médico norteamericano de 38 años, del primer aparato de hemodiálisis. Los momentos iniciales fueron, como casi siempre en estos casos de sorpresa y de observación atenta. Cuando quedó corroborada la fiabilidad del aparato, se instaló en Seattle el primer centro de hemodiálisis del mundo (Murray, 1962), con una capacidad de siete hemodializadores simultáneos; y, hubo que recurrir a un sistema que sirviese para seleccionar los miles de solicitudes que llovieron desde todo el mundo.

El sistema consistió en la intervención de dos comités en la selección. Uno, formado por médicos, se encargaba de descartar a aquellos pacientes que tuvieran menor expectativa de vida, y basaban sus decisiones en motivos exclusivamente médico-técnicos. El otro comité —que debía juzgar con criterios fundamentalmente éticos— fue el que podríamos denominar primer comité de ética de la historia reciente de la Medicina: lo formaban un abogado, un banquero, un ministro religioso, un representante del gobierno, un ama de casa, un líder sindical y un cirujano. Pero pronto los valores éticos se vieron sustituidos por los de mayor o menor utilidad social.

Así, el resultado de semejante experiencia, al decir de los comentaristas de la época (Alexander, 1962), no fue especialmente brillante: se le denominaba el «Comité de la Vida y de la Muerte», pues tales solían ser los resultados de la selección. A pesar de todo, fue el primer antecedente inmediato de intentar poner en marcha lo que hoy son los CIE.

El caso de Karen Ann Quinlan, que, por el relieve que tuvo en los medios de comunicación, dio origen al actual desarrollo de los comités, es casi de novela. En la noche del 15 de abril de 1975, una joven llamada Karen Ann Quinlan, tras una supuesta ingesta de «Librium», «Valium» y algún barbitúrico, y habiendo tomado un gin-tonic durante una fiesta en casa de unos amigos, sufrió un parada cardiorrespiratoria. Antes y durante su traslado al Newton Memorial Hospital, se trató de reanimarla mediante diversas maniobras. Pero pocas horas después, Karen entraba en un coma vegetativo persistente y su vida quedaba conectada a un respirador.

Pasados los meses y viendo que la situación no se resolvía, su padre reclamo a los miembros del staff hospitalario que se desconectase el respirador de su hija. Ante la negativa de éstos, resolvió acudir a los tribunales.

Tras muchos avatares, la Corte Suprema del Estado de New Jersey (1976) resolvió el caso a favor del padre de Karen. Pero ordenó la previa evaluación del caso por un «comité de pronóstico», para saber si había razones para suponer que la enferma no saldría nunca de aquel estado vegetativo persistente. La evaluación fue negativa.

Ante la sorpresa de todos, una vez desconectado el respirador, Karen siguió respirando normalmente. Se la trasladó a otro hospital y, después de algún tiempo, a su casa. Karen Quinlan murió en 1985, a la edad de 31 años, como consecuencia de una neumonía, sin haber vuelto a recobrar el conocimiento.

Pero lo verdaderamente importante para la historia de los CIE fue la sentencia judicial. En su argumentación, el juez Hughes tomó como referencia un artículo en que una tal doctora Teel, el año anterior, había sugerido la formación de un comité de ética para tratar algunos casos de pediatría (Teel, 1975).

Lo que constituyó el juez no fue propiamente un CIE, sino un comité de pronóstico, y la sentencia causó bastante revuelo; pero la consecuencia fue que, desde entonces, muchos hospitales americanos y luego europeos pusieran su interés en la formación y desarrollo del CIE como sistema para encauzar la resolución de sus problemas éticos. Entre ellos hubo de todo: los llamados Comités Tanatológicos, y los Comités de Optimización de Resultados, como el del Massachusetts General Hospital (Brennan, 1988; MGH, 1976).

Para dar una idea del desarrollo actual de los Comités Institucionales de Ética, basta considerar que, mientras en 1982 se estimaba que un 20 por ciento de los hospitales norteamericanos los habían creado, en 1987 esa cifra alcanza el 60 por ciento de los hospitales.

Su desarrollo en otros países es muy desigual. Mientras que en Francia, en 1988, ya existían más de una veintena de centros hospitalarios con CIE, en Italia la cifra variaba mucho, dependiendo de su localización geográfica; en Gran Bretaña no existían, a causa de una tradición personalista profundamente enraizada (Lloyd, 1988) —aunque sí, y muy desarrollados, los comités de ensayos clínicos—. En España, a finales de 1989, solamente tres CIE se encontraban en funcionamiento, aunque otro —que, en realidad, era un comité de ensayos clínicos— tenía competencia sobre algunos protocolos de investigación no farmacológica. Por supuesto, estos datos se refieren a los CIE estrictamente dichos, y no a los Comités de Ensayos Clínicos, cuya implantación, según decía antes, es casi universal.

Funciones de los comités hospitalarios de Ética

Las funciones que se atribuyen a un CIE pueden ser muy variadas y, por eso, los CIE difieren ampliamente entre sí. Para sistematizar de alguna manera esas funciones, se agrupan en dos categorías fundamentales: por un lado, las tres funciones más características de un CIE —que algunos llaman la Tríada Fundamental (Weaks y cols., 1989)—; y por otro, diversos tipos de funciones que los CIE pueden desarrollar.

a) La tríada fundamental: educar, aconsejar, dar directrices

De las tres funciones principales de los CIE, la función educativa es la más básica. Los CIE deben servir, en primer lugar, para estudiar los problemas éticos relacionados con la clínica: para profundizar en ellos, y sistematizar los conocimientos que de esta forma se adquieren.

La función educativa puede ejercerse en tres niveles. Hay una función educativa interna, que se dirige ante todo a los miembros del CIE. Así, los primeros beneficiados por la actividad del comité son sus propios miembros, que adquieren conocimientos nuevos y desarrollan formas diferentes de enfocar los problemas. Para ello es necesario que cada uno estudie personalmente las cuestiones, y se esfuerce por conseguir una mayor sensibilidad hacia la ética de su profesión.

Además, la función educativa se puede ejercer en otra dirección, que llamaremos externa porque se orienta a la formación del resto del personal hospitalario. Esta subfunción la realiza el CIE mediante la difusión razonada de sus decisiones. A través de la argumentación que el comité hace

pública para la resolución de los problemas, enseña al resto del personal sanitario a enfocar los temas éticos.

Finalmente, hay una función educadora del comité que se podría llamar modélica ejemplar. Se realiza cuando las decisiones del comité sobrepasan las fronteras del ambiente hospitalario y alcanzan a otros hospitales o a la población general. Se da cuando, ante problemas que están en el candelero, en un determinado momento, un CIE ofrece una solución razonada que adquiere pronto resonancia fuera del hospital.

La segunda de las funciones importantes de los CIE, aunque históricamente es la primera —porque para eso surgieron—, es la función consultiva. Consiste en el estudio y resolución de casos concretos que se plantean en el centro hospitalario.

El modo de acceder al comité depende de cada centro: unas veces se trata de problemas que plantean directamente miembros del personal facultativo; otras, las cuestiones se dirigen a la junta directiva del centro, que las transfiere al comité de ética; y muchas veces son los miembros del CIE quienes, por propia iniciativa, deciden estudiar en un comité un tema concreto.

El resultado final de la función consultiva, tras el estudio, es la emisión de un dictamen —que puede ser orientativo o decisivo, según la potestad del CIE— en el cual, de forma razonada, se da solución al caso planteado.

La tercera es la función normativa que consiste en la elaboración de criterios generales o modos básicos de enfrentarse a determinados problemas.

Esta tercera función ha despertado ciertas animadversiones hacia los CIE. Se aduce contra ellas que no existen en realidad dos casos iguales, por lo que elaborar directrices generales a partir de un caso concreto resulta completamente inútil. Sin embargo, si se aplica ese argumento a otras ramas de la Medicina o de la Ciencia en general, como por ejemplo la Patología, llegaríamos a concluir que, como no hay dos enfermos iguales, es imposible sistematizar las enfermedades. Es un argumento puramente demagógico.

Por eso, si bien no conviene que la función normativa de los CIE se desarrolle de forma incontrolada —generalizando y dando directrices para todo—, sí es importante que, de alguna manera, la realice en cierta medida, porque de ello se pueden derivar muchos bienes para los pacientes, y porque a partir de ella se va fraguando la identidad ética del hospital.

b) Otras funciones

Aparte de las que acabo de mencionar, muchos CIE adquieren otras competencias.

En algunos lugares de los Estados Unidos, se dota a los CIE de capacidad de decisión en los casos concretos. Actuando de esta forma, se hace gravitar la responsabilidad de la decisión —que originariamente compete al médico y al paciente o su familia— hacia el comité (Tell, 1975). Incluso en ocasiones, el motivo fundamental para crear un CIE es poner en marcha un organismo colegiado de toma de decisiones en el ámbito de la ética.

Esta capacidad, en mi opinión, aparte de despertar abundantes recelos —razonablemente fundados— entre los médicos, diluye la responsabilidad de sus decisiones: deben ser el médico y el paciente quienes, oída la decisión del comité, decidan el modo de actuar.

En otras ocasiones se oye hablar de los CIE como instancia mediadora entre el médico y el paciente. Esta función se ha desarrollado con especial relieve en países del mundo anglosajón, donde los conflictos morales pueden llegar a confundirse con los legales. En ese contexto, el CIE puede actuar como instancia intermedia, previa al paso a los tribunales.

Otra de las funciones que se atribuyen a los CIE es la de servir de foro para la reflexión moral y teológica (Craig y cols., 1986). Lógicamente, para pensar en esta función hace falta que en el comité haya un buen teólogo o un moralista que puedan hablar con conocimiento y autoridad sobre temas morales; o que el CIE tenga otras instituciones a quienes pedir ayuda —pienso ahora en el CIE de un hospital ligado a una Universidad en la que haya especialistas en ética y moralistas—, de forma que sea posible hacer una reflexión seria y fundada sobre lo que se les plantea. Si no fuese así —si no estuvieran accesibles verdaderos expertos en estas materias a quienes consultar—, esta función resultaría una pérdida de tiempo.

Aparte de todas ellas, una de las funciones que los CIE cumplen casi siempre en un hospital es la de servir de cuerpo consultivo para la junta directiva. Su misión, de esta forma, adquiere un relieve mayor que la simple aceptación de sus cometidos específicos. Mediante su función consultiva, el CIE interviene de forma muy activa en la configuración de la identidad ética del hospital, participando en cuestiones tan variadas como puedan ser la elaboración de los presupuestos o las líneas directivas de la investigación del hospital.

Tipos de comités institucionales de Ética

Aunque sea brevemente, debo hacer mención de los distintos tipos de CIE que funcionan actualmente en el panorama hospitalario.

Por una parte, unos CIE se diferencian de otros por el contenido de sus competencias: sólo éticas, o de tipo mixto médico-ético, en el caso de los comités de pronóstico.

También pueden diferenciarse según su ámbito de actuación, es decir, según que su competencia cubra todo tipo de problemas éticos, o sólo algunos, como en el caso de los Comités de Ensayos Clínicos. E incluso cuando su ámbito sea general, también pueden distinguirse según el tipo de pacientes que estudian, como puede ser el caso de un CIE en un hospital pediátrico.

Dependiendo del modo de hacer llegar al comité los problemas, hay comités que intervienen inmediatamente —o a los que se debe consultar inmediatamente— por razón de la materia de que se trata, y comités de consulta optativa, es decir, se les consulta cuando se considera conveniente.

Por cuanto se refiere al carácter de sus decisiones, cabe distinguir entre CIE con poder decisorio vinculante, cuyas directrices han de seguir todos los miembros del hospital obligatoriamente; y el CIE de resolución discrecional, es decir, aquel cuyos dictámenes son simples sugerencias o consejos no obligatorios. Es este ultimo el más extendido y el más respetuoso de la relación médico-enfermo.

Composición de los comités

Una vez delimitado cuál es el conjunto de competencias de que goza el CIE, hay que pensar en quienes pueden formar parte de él.

Para eso, como regla general, hay que tener en cuenta los principios siguientes: que el comité debe tener el suficiente peso institucional (personas que forman parte del personal del centro hospitalario); que se trata de un comité de ética, es decir, en el que tienen cabida tanto médicos como personas de otras profesiones; y que se trata de un comité de ética medica, por lo que en él debe haber una mayoría de médicos. A partir de estos principios se compone el comité, de acuerdo con las funciones que se le asignen.

Un comité estándar —por ejemplo, para un hospital general de 400 a 700 camas— podría estar formado por: un médico, miembro de la junta directiva del hospital; otros médicos —de tres a cinco más—, de las especialidades que podríamos llamar «calientes» dentro de la ética —oncología, neurología, UVI, etc.—; algún médico general; de una enfermera como mínimo; y, quizás, algún otro de otras profesiones. Algunos sugieren que este último sea un abogado (Hosford, 1986) —por las implicaciones legales que pueden surgir de las decisiones tomadas por el CIE—; otros sugieren que sea el capellán del centro, si lo hay, por la estrecha vinculación entre la ética y las creencias religiosas; y otros, en fin, prefieren la figura del experto en ética. Además de estos miembros permanentes, conviene que acudan a las reuniones del CIE los médicos que se encuentran implicados en el caso que se trata de solucionar. Expondré ahora las razones que mueven a proponer esta composición, y no otra distinta, aunque esta última pueda ser mejor en algunos casos.

La composición del CIE debe garantizar, en primer lugar, la debida proporción entre médicos de diversas posturas razonables: defensores duros de la profesión y también defensores del servicio. Y debe contar también, como es lógico, con alguien del ejecutivo del hospital, que pueda defender, cuando sea necesario, los intereses del centro.

La presencia de la enfermera en el comité suele resultar tremendamente útil, porque ve las cosas desde un diferente punto de vista del que los médicos estamos acostumbrados a observar (Díaz,1989; Apilánez, 1989; Rayon, 1989; Serrano, 1987). Es lógico que sea así, pues, por oficio, tienen mucho mayor trato con los enfermos que los demás, y muchas veces son quienes mejor se hacen cargo de sus necesidades reales.

La presencia del capellán del hospital, si lo hay, resulta muy relevante, por el aporte que su ciencia teológica pueda ofrecer al comité. Además, es lógico que esté presente en las reuniones, por el valor que su argumentación puede tener tanto para los pacientes como para el equipo médico, y por la tranquilidad que muchas veces su presencia ofrece al enfermo.

La presencia del experto en ética, a mi modo de ver, es la mas controvertida. Si el experto es además médico —cosa que puede resultar fácil en un hospital relacionado con la enseñanza universitaria—, su presencia puede ser muy fructuosa, ya que ofrece la ventaja de tener suficiente conocimiento del arte médico, y también cierta familia-

ridad con los razonamientos y los principios éticos. Si no lo fuese, si fuese solamente un filósofo eticista, pienso que habría antes que asegurar que es capaz de desenvolverse en torno a casos concretos, y no sólo en lo abstracto.

En algunos hospitales, especialmente en Estados Unidos, el experto en ética es un consultor dentro del centro, al que pueden acudir cuantos lo deseen. Su figura, de esta manera sustituye la función de los CIE, trasladándose la responsabilidad de aconsejar en materia de ética a una sola persona (La Puma y cols., 1988; Ottal, 1987). La razón, dicen, es que quien de verdad sabe de ética es el profesional de ella; y en ese caso, ¿para qué queremos un comité? Parece que la idea ha tenido bastantes seguidores, pero también se la ha criticado bastante: la visión de los problemas se hace desde un único punto de vista, con lo cual la variedad de perspectivas que un comité ofrece —y que constituye una de sus mas acertadas características— queda anulada.

Sobre la presencia en el CIE de personas *no relacionadas con las profesiones sanitarias*, e incluso personas que *nada tienen que ver con el hospital*, hay opiniones para todos los gustos. A favor de su presencia se aduce que, en cuanto personas, tienen los mismos elementos de juicio moral que los médicos para opinar sobre temas estrictamente éticos; y que su opinión eleva muchas veces el nivel de la discusión, y la hace discurrir sobre razones más amplias, con puntos de vista diversos a los puramente hospitalarios y médicos. Pero tienen en su contra la desventaja de no ser médicos ni saber de medicina, en un comité que ha de juzgar sobre ética médica, además de que no es nada fácil que la directiva de un hospital permita que un extraño entre en su comité.

Por cuanto se refiere al *número total* de componentes, decir simplemente que debe ser suficiente para poder contar con variedad de puntos de vista, pero no excesivo como para hacerlo ingobernable. Dependiendo de las circunstancias y del tipo de hospital —tamaño, conexión o no con algún centro académico universitario, disponibilidad del personal—, pienso que *entre seis y diez miembros* puede ser la composición idónea.

La ética de los comités de Ética

Conocidas sus funciones y su composición, hace falta pensar ahora en cuáles deben ser las líneas maestras que inspiren el razonamiento de las discusiones y dictámenes de los CIE, es decir: *la ética que debe inspirar un comité de ética*.

Cuando se revisa el panorama mundial de los CIE, no es difícil darse cuenta que los estilos éticos, las líneas maestras que se manejan en ellos, son casi tan diferentes como lo son las tendencias éticas hoy imperantes. Puede uno encontrarse con comités de inspiración decididamente católica; y otros claramente inspirados en los principios de una moral laicista e incluso, a veces, sectaria. Entre uno y otros, caben todo tipo de tendencias: ética cristiana «liberal», moral marxista, moral de situación, existencialismo ético, y una larga lista de «ismos» que no hacen sino complicar el proceso de decisión. Mientras tanto, otros muchos se empeñan en decidir sólo por consenso: el acuerdo de todos los miembros del CIE en aquellos principios —habitualmente mínimos— en los que todos están de acuerdo.

Ante este panorama, lo importante es elegir una línea de actuación que pueda ser lo suficientemente *amplia* como para que en ella quepan discrepancias dentro de un sano pluralismo, y lo suficientemente *rígida* como para no convertir el CIE en un barco que navega a la deriva, arrimándose al primer puerto que aparezca en el horizonte.

A mi modo de ver, la ética de un comité de ética debe basarse en un fundamento sólido, constituido por unos *principios básicos de la práctica médica*. En terreno moral, no cabe el recurso a los mínimos consensuales, ni a las soluciones intermedias. Y así se ha demostrado muchas veces, tanto en cuestiones de ética como en cuestiones clínicas (Smith, 1984; Forsythe, 1985; Lantos, 1989). Es necesario, por tanto, que los CIE tomen como puntos de referencia para su actuación criterios y principios morales objetivos. Lógicamente, estas referencias objetivas se enraízan en todo el bagaje de la tradición cultural de occidente, y no pueden dejar de lado todo lo que la luz del cristianismo y la ley moral natural han marcado en ella durante muchos siglos.

Los principios elementales emergen de un núcleo elemental, que es el respeto al paciente (Herranz, 1985). El CIE debe buscar, ante todo, el *respeto por el enfermo*: respeto a su cuerpo, respeto a sus creencias, respeto a su intimidad: en definitiva, respeto a su dignidad. Y esto es lo básico. Todos los demás principios —beneficencia, no maleficencia, secreto profesional, etc.— se derivan de él. A los niños y a los ancianos, a los pobres y a los ricos, a los pacientes ejemplares y los más díscolos: a todos debemos el mismo respeto, porque todos tienen la misma dignidad.

Además, muchos de los principios básicos derivados del respeto se encuentran en unos *documentos*, de carácter nacional e internacional, en los que los CIE pueden encontrar inspiración para resolver sus problemas. Tales documentos son, entre otros: las distintas declaraciones de la Asociación Médica Mundial; en nuestro caso, los documentos dictados por el Comité Permanente de Médicos ante la CE; la legislación nacional que mayor relación tenga respecto de las cuestiones éticas, el Código de Deontología Médica vigente; y otras directrices de las Asociaciones médicas profesionales. En todos ellos se encuentran reflejos de las líneas maestras de la ética.

Si todos los miembros del CIE conocen y saben aplicar los principios básicos, y conocen los documentos que he indicado, con sentido común y buena voluntad —pero no ignorancia—, un comité puede enfrentarse y dar solución a muchos de los problemas que se le planteen.

Cómo poner en marcha un comité

Para poner en marcha un comité, lo primero que hay que preguntarse, en la práctica, es si al propio hospital le hace falta un comité de ética. Porque la respuesta puede muy bien ser negativa: ¿para qué necesita un hospital de 50 camas un comité de ética, si todos los médicos actúan de acuerdo con sus pacientes y según unas normas objetivas de moralidad? Probablemente, en ese caso, el comité sería una complicación, más que una ayuda.

Por otro lado, los CIE tienen también detractores, tanto por motivos de origen subjetivo —médicos que no quieren que nadie se inmiscuya en su relación con los enfermos, por ejemplo—, como por razones objetivas —que los CIE, al introducir una nueva instancia, complican el proceso de decisión; que hacen perder tiempo a veces, la posible transgresión del secreto médico, etc.—. Y además por si fuera poco, hay que decir que, como todo invento humano, un comité de ética puede también equivocarse: la colegialidad de la decisión no le confiere la infalibilidad. Pero, en fin, podemos suponer que, en una coyuntura social y moral como la que nos envuelve, no está de más plantearse si hace falta un comité de ética en un hospital.

Cuando la respuesta a la pregunta es afirmativa, hay —dicen— que pensar en darle trabajo: atribuirle funciones..., muchas, si es posible. Este momento resulta especialmente delicado, porque de esa atribución dependen tanto la subsistencia del comité como su aceptación en la comunidad hospitalaria. Lo más sencillo es crear ese comité como órgano consultivo del Consejo de Dirección para las cuestiones que tengan que ver con la ética profesional y dar parte de su existencia a los jefes de Departamento.

Pues bien: eso es teóricamente lo mejor. Pero, de hecho, en una situación práctica normal, este procedimiento no sirve, y suele tener el resultado contrario: hundir al comité desde su inicio. ¿Razones? De todo tipo: porque el consejo de dirección puede olvidarse de pasar las cuestiones éticas al comité —ya que no ve nada que pueda merecer la pena de ser llamado conflicto ético—, porque los Jefes de Departamento se olvidan — es experiencia común, no por mala voluntad, sino por simple olvido— de transmitirlo a todo el personal, y por otras muchas razones en las que no vale la pena entrar a discutir, pero que llevan al CIE al más triste de los desastres: el olvido.

¿Entonces, cómo empezar? Mi experiencia, compartida por otros muchos, es que antes de plantear el comité hay que sensibilizar al personal del hospital —médicos y enfermeras— respecto de las cuestiones éticas. Y para eso no hay nada mejor que elegir a una persona, con prestigio dentro del hospital, con cierta disponibilidad de tiempo, que vaya «catando» el termómetro moral de los distintos departamentos; o bien cabe la posibilidad de pedir que durante un breve tiempo, todos los miembros de uno o varios departamentos escriban en un papel lo que ellos, en su práctica diaria, consideren un problema ético con el que hay que enfrentarse.

Si después, con motivo de alguna reunión del personal, el encargado menciona algo de los resultados, guardando el debido respeto profesional, el resultado será que todos —o muchos— de los presentes caerán en la cuenta de que quizás no todo marcha correctamente en su servicio o en el hospital... Si el ambiente hospitalario no se encuentra tan maltrecho como para imponer el sello de la indiferencia, es en ese momento cuando debe plantearse la formación del CIE, y algunos de los presentes se ofrecerán a colaborar.

Una vez formado de esta manera, casi espontáneamente, como fruto de la necesidad de resolver problemas concretos, se puede *proponer a la junta directiva* del hospital esa iniciativa, acompañada de los *resultados del sondeo previo*. A partir de ese momento, habrá un cierto período de tiempo en el que los que voluntariamente acce-

dieron a colaborar en el comité irán preguntando a sus colegas, haciendo, por llamarlo de alguna manera, *propaganda* del comité dentro del hospital, a todos los niveles.

Una vez sensibilizada la población hospitalaria, hay que atribuirle al comité sus *funciones*. Pueden atribuírsele las que uno desee, pero lo lógico —al menos en el comienzo, y muchas veces para siempre—, sera comenzar por el estudio de casos que el personal sanitario del hospital vaya proponiendo. Si no los hay, deben ser los miembros del CIE quienes sugieran esos temas. Por supuesto, la consulta debe ser voluntaria, y las decisiones del comité tomarán la forma de *consejos claros, breves y razonados*. La brevedad y la claridad van a favor de la facilidad de su lectura, mientras que el razonamiento —si está bien hecho— es lo que permitirá al comité adquirir, con el tiempo, una fuerza moral casi vinculante.

En una *segunda etapa* después de tener cierta práctica, *se constituirá formalmente el comité*: básicamente, los miembros que tanto en número como en calidad hemos antes mencionado; y el procedimiento será la votación, previa presentación de candidatura o sin ella, dentro de cada uno de los sectores que deben estar representados en el CIE. Al mismo tiempo —o quizás, mejor, antes de lo anterior— debe dotarse al comité de unas competencias concretas y definirse su ámbito de aplicación. Se prepara un borrador de reglamento de régimen interno, de procedimiento con las instancias jerárquicas del hospital, etc. La junta directiva los aprueba provisionalmente, al menos por seis meses, pasados los cuales, tras las modificaciones pertinentes, la aprobación se hace definitiva.

En la *tercera etapa*, se van renovando periódicamente los miembros de la comisión—anualmente, bienalmente—, a la vez que cada miembro saliente, al término de su mandato, eleva una propuesta con las modificaciones al reglamento o a las competencias que haya visto mejorables durante el ejercicio de su cargo. Ésta es, en definitiva, una forma práctica de poner en marcha un CIE.

La relevancia e influencia de sus decisiones

Pero la pregunta clave sobre los CIE sigue pendiente de respuesta: ¿cuál es el papel de un comité de estas características en el hospital moderno? ¿Cuál es la ventaja de su existencia en un centro hospitalario? ¿Qué le importa al personal del hospital lo que diga un CIE? Con los antecedentes de lo dicho en los apartados anteriores, estamos ya en condiciones de responder a esas preguntas con suficiente fundamento.

Ya se ve que la influencia del CIE *dependerá del momento en que el comité se encuentre, de las competencias que se le hayan atribuido, y de las personas que lo componen*. Si las decisiones del comité tienen carácter vinculante, su influencia será inmediata, al menos para aquellos a quienes vaya dirigido el dictamen. Si, por el contrario —que será lo normal—, las decisiones toman la forma de consejos razonados, su eficacia radicará en la claridad y fortaleza de sus razonamientos. Un consejo bien razonado puede adquirir mucha mayor autoridad moral que una decisión que obligatoriamente ha de cumplirse.

Por otro lado, la influencia que el comité pueda tener dependerá también de su modo de funcionar, de su régimen interno, así como de la vía y el modo por el que llegan a él las consultas.

En lo que se refiere al *régimen interno*, el comité influye de diversas maneras y por distintas razones: por la ejemplaridad de sus miembros en el cumplimiento de la ética profesional, por el esfuerzo personal de cada uno de ellos en adquirir una mayor sensibilidad ética, por la agilidad de sus reuniones, o por la ponderación de sus dictámenes. De hecho, las claves del éxito de un CIE, en este terreno, se pueden resumir en dos: un secretario eficaz, y un reglamento ágil.

Y de la vía y el modo de acceder las consultas al comité también dependerá parte de su influencia. Entre nosotros, el comité adquiere mayor influencia en el hospital si todo el personal puede tener acceso a él, que si se restringe la consulta a determinados estamentos. Además, de este modo hay más personas que pueden beneficiarse directamente de las actividades del comité.

Por último, habría que preguntarse cuál es la *máxima aspiración del CIE* dentro de su ámbito. Según el parecer de muchos, no cabrá una respuesta general. Es cierto que uno puede preguntar lo mismo a varios comités, y la respuesta variar en cada caso, por razones muy distintas. Sin embargo, hay una aspiración común, un horizonte en el que fijan sus ojos todos los que aceptan un Comité Institucional de Ética: en lo ético, mejorar cada uno, y mejorar —con el propio esfuerzo y el ejemplo—, a través de todos los que forman parte de la comunidad hospitalaria, la atención de los pacientes. Ésa es la influencia a la que en el fondo deben aspirar los que, sin interés mercenario, forman parte de esos comités.

Bibliografía

ALEXANDER, S.: «They Decide Who Lives, Who Dies», en *Life*, 53, 1962, pp. 102 y ss.

APILÁNEZ, V.: «La atención espiritual al paciente», en *Actas del I Simposium Internacional de Ética en Enfermería*, Pamplona, 1989.

BANKOWSKY, Z.; HOWARD-JONES, N. (eds).: Human Experimentation and Medical Ethics. *Proceedings of the XVth CIONS Round Table Conference*, Manila, 13-16-IX- 1981, CIONS, Ginebra.

BRENNAN, T. A.: «Ethics Commissions and Decisions to limit care. The experience at the Massachusetts General Hospital», en *Journal of the American Medical Association*, 93, 1988, p. 803.

COHEN, C. B.: «Ethics Committees: Birth of a Network», en *The Hastings Center Report*, 18, 4, 1988, p. 23.

CRANFORD, R. E.; VAN ALLEN, E. J.: «The implications and applications of Institutional Ethics Committees», en *American College of Surgeons Bulletin*, 6, 1985, pp. 19-24.

CRAIG, R. P.; MIDDLETON, C. L.; O'CONNELL, L. J.: *Ethics Committees: A Practical Approach*, San Luis, Catholic Health Association of the U.S., 1986.

CRITICAL CARE COMMITTEE M. G. H.: «Optimum Care for Hopelessly Ill Patients», en *The New England Journal of Medicine*, 295, 1976, pp. 362 y ss.

DÍAZ, M. T.: «El sentido del sufrimiento», en *Actas del I Simposium Internacional de Ética en Enfermería*, Pamplona, 1989.

FORSYTHE, M.: «Personal view», en *British Medical Journal*, 290, 1985, p. 63.

HERRANZ, G.: *El respeto, actitud ética fundamental en Medicina*, lección inaugural del curso 1985-86, Pamplona, Universidad de Navarra, 1985.

Apuntes de Ética médica, Pamplona, pro man., 1988.

HOSFORD, B.: *Bioethics Committees*. Rockville, Aspen, The Health Care Providers, 1986.

IN REE QUINLAN, 1975. 70 NJ 10, 355 A. 2d 647, 669.

LANTOS, J. D.: «The Hastings Center Project on Imperiled Newborns: Supreme Court, Jury or Greek Chorus?», en *Pediatrics*, 83, 1989, pp. 615-616.

LA PUMA, J.; STOCKING, D. B.; SILVERSTEIN, M. D.; DI MARTINI, A.; SIEGLER, M.: «An Ethics Consultating Service in a Teaching Hospital. Utilization and Evaluation», en *Journal of the American Medical Association*, 260, 1988, pp. 808-811.

LLOYD, A.: «Ethics Committees in England», en *The Hastings Center Report*, 18, 5, 1988, p. 2.

MURRAY, J. S.: «A Community Hemodyalisis Center for the Treatment of Chronic Uremia», *Transactions of the American Society of Artificial Internal Organs*, 8, 1962, pp. 315-320.

OTTAL, E. N.: «Medical Aid: Ethics Experts Help US Doctors Handle Hard Moral Decisions», en *The Wall Street Journal*, 13-III-1987, pp.1-12.

PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIOURAL RESEARCH: *Deciding to Foregone Life-sustaining Treatment. Ethical, Medical and legal issues in Treatment Decissions*, US Government Office, Washington D.C .

RAYON, E.: «Intimidad, pudor y personalidad», en *Actas del I Simposium Internacional de Ética en Enfermería*, Pamplona, 1989.

SERRANO, R.: «Corrientes ideológicas que influyen en la enfermería», en *Seminarios de Enfermería*, Pamplona, Eunsa, 1987.

SMITH, T.: «Consensus on Cabbage», en *British Medical Journal*, 289, 1984, pp. 1477-1478.

TEEL, K.: «The Physicians Dilemma. A Doctor's View: What the Law should be?», en *Taylor Law Review*, 27, 6, 1975, pp. 8-9.

WEAKS, L. C.; GLEASON, V. R.; REISER, S.: «How Can Ethics Commitees Help?», en *American Journal of Nursing*, 5, 1989, pp. 651-652.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION: *Declaración de Helsinki*, «Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos», en *Handbook of Declarations*, Fanborough, Hampshire, s.f.

24. IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A. Polaino-Lorente

Introducción

Los comportamientos humanos, por su propia naturaleza, pueden y deben considerarse desde la perspectiva ética. La educación para la salud no puede escapar a esta exigencia, tanto más cuanto que la salud es en sí misma un valor del que el hombre tendrá que rendir cuentas, cualquiera que sea la opinión que ésta le merezca.

¿Qué debo hacer y qué debo evitar respecto de mi salud? ¿Cuáles son mis derechos y mis responsabilidades, en relación con la salud de la comunidad? ¿Puedo o no oponerme a un determinado programa de promoción de la salud? ¿Bajo qué condiciones? ¿Me es lícito rehusar a ser examinado o a participar en un estudio epidemiológico, cuya finalidad no es otra que la prevención de determinada enfermedad? ¿Puedo hacer baldíos los recursos empleados por la comunidad en su conquista de la salud? ¿Puedo apelar a mi autonomía personal para oponerme al bien común de la sociedad? ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades frente a la salud y cuáles son los derechos y responsabilidades de la comunidad? ¿Debo seguir dócilmente las indicaciones sugeridas por los servicios de salud? ¿En todos los casos? ¿Me es lícito comportarme de la forma en que me conduzco aunque con ello, directa o indirectamente, ponga en peligro la salud del prójimo? ¿Contribuyo con mi estilo de vida personal —descanso, régimen alimenticio, consumo de cigarrillos, alcohol y drogas, etc.— a incrementar el comportamiento sano de mis conciudadanos?

Estas y otras muchas cuestiones inciden sobre aspectos éticos nucleares relativos a la salud. Nada de particular tiene que muchas de estas preguntas deban ser respondidas no sólo desde la ética sino también desde la prevención y la educación para la salud. Acaso por eso, la ética de la conducta humana, en lo que se refiere a la salud, sea hoy uno de los problemas más debatidos y, por el momento, todavía pendientes de solución.

Tal vez por esa misma razón se han multiplicado los conceptos con que se designa a esta disciplina: ética médica, ética biomédica, ética del cuidado de la salud, metaética, etcétera.

Esta última, la metaética, se ocupa de cuestiones fundamentales, como la conexión entre ética y comportamiento, la articulación entre creencias erróneas o acertadas y los hechos del mundo real, y las relaciones lógicas existentes entre los principios, proposiciones y reglas éticas y las decisiones que aquí y ahora debe tomar el individuo.

El fascinante ámbito del comportamiento ético resulta hoy algo apasionante, especialmente en lo que se refiere a los temas de salud. Se diría que todo el ejercicio profesional de la medicina y de la promoción y educación para la salud están hoy penetrados por esta preocupación. En la actualidad resulta muy difícil encontrar una sola parcela de esos ámbitos, donde no sean manifiestas las implicaciones éticas del comportamiento de los profesionales.

A título de ejemplo, baste recordar aquí las investigaciones clínicas, el aborto, la aplicación de contraceptivos, la ingeniería y la terapia genéticas, las nuevas tecnologías reproductivas, el trasplante de órganos, la eugenesia, el consejo genético, los programas preventivos de ciertas enfermedades, etc. Por singularizar esta exposición piense el lector en la polémica que se está llevando a cabo en EE.UU., mientras se escriben estas líneas, respecto del problema del SIDA. ¿Hasta qué punto es lícito a los empresarios, desde la perspectiva de la salud, la marginación laboral de los pacientes afectados por el SIDA?

Este y otros ejemplos manifiestan la rabiosa actualidad de la ética en las cuestiones que la

salud del hombre hoy nos plantea. Las implicaciones de la ética en la educación para la salud constituyen, desde esta perspectiva, un hecho obvio.

La educación para la salud —a pesar de que alguien pueda considerarla como un tema prioritario o acaso periférico respecto de la salud humana— tampoco escapa a esta lógica y natural preocupación. Motivos hay para ello. Frente a las intervenciones de los profesionales de la clínica (que siempre se han sentido urgidos por este tema y han tratado de regular sus comportamientos a través de los respectivos códigos deontológicos), las conductas de los educadores para la salud aún están muy alejadas de guiarse y disponer de algún código que las regule.

Sea por la novedad de las intervenciones a ese nivel o por la errónea infraestimación de su importancia, el hecho es que no disponemos todavía de ningún ordenamiento ético que en este ámbito sea en la práctica realmente operativo y eficaz. Frente a los catálogos disponibles, en que se recogen los derechos del enfermo, tampoco contamos con ningún instrumento parecido que regule los derechos de los usuarios de la salud. Como puede observarse, hay aquí muchas cuestiones palpitantes que sería preciso resolver.

Algunos dilemas

Desde una perspectiva exclusivamente ética hay ya planteados importantes dilemas, en el ámbito de la educación para la salud, que claman por encontrar solución. Entre otros enumeraré, a título de ejemplos, los siguientes: derechos individuales versus derechos comunitarios a la salud; balance entre la presente o futura cantidad y calidad de vida; inmoralidad personal versus moralidad estadística; beneficios inmediatos versus beneficios futuros; coste/eficacia inmediata versus coste/eficacia futura; necesidad de optar entre estrategias preventivas e intervenciones curativas, etcétera.

Por tomar el último de los dilemas planteados, ¿es ético retraer fondos de la comunidad, que son imprescindibles para el tratamiento de los actuales pacientes, e invertirlos en la promoción de la salud futura de otros ciudadanos —con todo lo que ésta tiene de problemática—, cuando realmente no estamos seguros de su eficacia?

Las recientes investigaciones vienen sosteniendo que la salud depende, en buena parte, del comportamiento responsable de las personas. El estilo de vida personal y la conducta individual en que aquél se concreta constituye el principal factor que, según los expertos, explica siete de las diez principales causas de muerte en la actualidad (Califano, 1979).

Sin embargo, simultáneamente que se subraya la responsabilidad personal, cada vez se exigen mayores responsabilidades al Estado —y no sólo en lo que atañe a la legislación, presupuestos de la Seguridad Social, campañas preventivas, etc.—, respecto de la salud y/o bienestar social de sus ciudadanos.

¿A quién compete la responsabilidad de nuestra propia salud?

En mi opinión, hoy se ha roto en muchos ciudadanos la natural vinculación que hay entre el comportamiento personal y sus consecuencias.

Parece cierta la opinión común, según la cual cada uno piensa que su salud es suya (por lo que puede hacer con ella lo que le venga en gana o incluso abusar de ella), mientras que sus enfermedades (y el tratamientos de éstas) no le pertenecen, sino que son transferidas a la sociedad, que, forzosamente, ha de cargar con ellas, hasta restaurar y devolverle la salud perdida, para que, tal vez al día siguiente, comience otra vez a malgastarla.

Las recientes conclusiones científicas contribuyen a fundamentar la anterior afirmación: en efecto, a cada persona le pertenece su propia salud. Sin embargo no está claro que las consecuencias de un comportamiento insano pertenezcan más a la sociedad que a la persona en que éstos efectos acontecen. Hoy se habla mucho, acaso en exceso, del derecho a la salud (está incluido entre los derechos humanos), pero en cambio se silencia el deber de comportarse de forma saludable. Y es éste un deber que cada persona tiene, además de para consigo mismo, para con la sociedad.

No es menos cierto que algunas medidas gubernamentales pueden favorecer la salud de los ciudadanos. Un ejemplo de lo que acabo de decir lo constituye el descenso en 30 millones de fumadores en los EE.UU., entre 1965 y 1979. Este descenso se operó gracias al diseño realizado en 1968 por la intervención gubernamental, a través de programas en que se empleaban premios y compensaciones.

Pero a la vez que esto sucedía, durante ese mis-

mo período, aumentó el consumo de tabaco en un 50 por ciento de los adolescentes (Remington, 1980). Este hecho prueba que las medidas gubernamentales pueden ser mucho más eficaces de lo que en principio cabría esperar, respecto de la promoción de la salud. Pero sería desproporcionado e injusto sostener —además de utópico—, que la mayor o menor salud de los ciudadanos depende únicamente del Estado. Quienes pensaran de este modo se situarían en la total irresponsabilidad, pues reconocerían depender en algo tan personal, como es la salud, del Estado de bienestar (*Welfare state*).

Es cierto que el estilo de vida personal pertenece a la conducta privada, por cuanto, aunque ésta lo sea, sus consecuencias (la enfermedad, por ejemplo) no son exclusivamente privadas. La salud ocupa así un lugar intermedio entre la responsabilidad individual y social, entre el derecho y el deber a estar sanos, entre la conducta pública y la privada, comportamientos todos ellos en los que los principios éticos tienen mucho que decir.

Tanto el individuo como la sociedad están comprometidos en la salud personal y colectiva. El individuo es responsable de su salud a través de sus hábitos de comportamiento, de su estilo de vida, etc.; la sociedad, a través de las medidas legales, económicas, asistenciales, preventivas, etc., encaminadas a proporcionar una determinada cobertura respecto del comportamiento sano y enfermo, individual y colectivo.

El individuo a través de su conducta, todo lo privada que se quiera, manifiesta públicamente cuáles son sus actitudes frente a la salud, influyendo de este modo en el comportamiento de otras personas, que son así arrastradas hacia determinados estilos de vida.

Los gobiernos, por su parte, a través de las medidas legales, etc., promocionan o restringen determinados modos de comportamiento, que forzosamente han de incidir sobre el comportamiento privado de cada persona. El individuo, cuando enferma, disminuye su productividad (que, en alguna forma, es también un bien privado y público), a la vez que incrementa el coste de la lucha contra la enfermedad (que generalmente sostiene la comunidad y administra o gerencia el Estado).

Por todo ello, tanto los gobiernos como los individuos están igualmente comprometidos en la promoción de la salud personal y social. Cualquier programa preventivo, que tenga la pretensión de ser eficaz, ha de dirigirse principalmente a la persona y, secundariamente, a la sociedad.

Antes, la prevención era una tarea impuesta, forzosa y casi no elegida por la persona, que de este modo se sentía dócil y puerilmente arrastrada a su cumplimiento (me refiero, por ejemplo, a las campañas de vacunación). Hoy, en cambio, la inmunización activa que se demanda frente a determinadas enfermedades (por ejemplo, respecto a las diez principales causas de muerte), exige del individuo un comportamiento activo, libre, responsable y, en cierto modo, creativo: un modo muy personal de ajustar su estilo de vida y sus hábitos de comportamiento a lo que, acaso por educación, sabe que conviene a su salud personal.

Esta tarea de educación personal, aunque con algunos sesgos culturales, comienza a rendir sus frutos. En un trabajo de Jankélévitch y otros autores sobre los hábitos que parecen ser más importantes para mantener una buena salud, encontraron entre la población americana encuestada los siguientes: dejar de fumar (29 por ciento), hacer ejercicio con regularidad (19 por ciento), estar tranquilo y no perder el tiempo (18 por ciento), perder peso y alimentarse con una dieta bien balanceada (15 por ciento y 12 por ciento, respectivamente), hacerse periódicamente un chequeo médico, no retrasar la consulta al doctor cuando sea necesario y ser más cuidadosos en lo relativo a la higiene personal (9 por ciento).

Esto demuestra que hay una relativa bien formada opinión pública respecto del comportamiento sano. Sin embargo, a pesar de ello cada año mueren más de 50.000 norteamericanos en accidentes de tráfico, mientras continúa siendo una práctica común no usar el cinturón de seguridad (Jonah y cols., 1982). Hay muchas paradojas éticas como ésta, a pesar de que sean cada vez más frecuentes los ciudadanos que consideran su salud como un bien que es preciso conquistar personalmente.

Es probable que el estilo de vida esté unido a las actitudes que frente a la salud se tengan, lo que a su vez puede estar estrechamente vinculado con el estilo atribucional —el modo en que la persona atribuye lo que le acontece a unas causas todavía no probadas— y el ámbito donde se sitúe el lugar de control —es decir, el lugar en que la persona considera que debe actuar para modificar su comportamiento—, respecto de la futura salud de su conducta.

Harris (1980) ha observado en una muestra de sujetos americanos, entre 20 y 64 años, el modo en que percibían el nivel de control sobre su futura salud: el 50 por ciento consideró que tenía un gran control sobre su salud; el 36 por ciento que tenía algún control y alrededor del 10 por ciento se mostraban pesimistas, considerando que no tenían prácticamente control alguno sobre el estado de su futura salud.

Al insistir en la responsabilidad personal frente a la salud, se ha propiciado como más ventajoso el estilo atribucional de las personas que se sitúan en sí mismas el lugar sobre el que intervenir para controlar su comportamiento sano (internalista). Pero el internalismo tiene también sus riesgos éticos, porque cualquier persona que opte por estas atribuciones puede culpabilizarse erróneamente cuando no acierta a conseguir el comportamiento sano que se proponía y que había supuesto poder controlarlo.

Por otra parte, atribuirse el autocontrol de todo cuanto nos sucede puede llegar a constituir una característica de irresponsabilidad o incluso algo patológico (ideas de omnipotencia), cuyas consecuencias para la salud son nocivas. De aquí la necesidad de la educación para la salud.

La educación para la salud, los gobiernos y los mass media

La educación para la salud puede entenderse como una combinación de métodos de aprendizaje cuya finalidad es facilitar la adaptación voluntaria del comportamiento conducente a la salud. En la anterior definición debe destacarse el término «adaptación voluntaria». Quiere esto decir que la educación para la salud comporta una dimensión ética ineludible; que aunque sea un bien en sí misma, sin embargo, debe contarse con la libre voluntad del educando.

Es cierto que la libertad de la voluntad será tanto mayor cuanto mejor informada esté. Sabemos que la ignorancia esclaviza al hombre. Si conociésemos algunas de las consecuencias de nuestros actos, bastantes de ellos tal vez no llegarían a producirse. Se es tanto más libre —se goza de mayor libertad— no sólo cuanto mayor y más exacta sea la información recibida, con ser ésta muy importante, sino también cuanto más profunda sea la formación desde la cual podemos valorar objetivamente esa información.

Hasta cierto punto la información constituye la base de la prevención. Si ignoramos los efectos que siguen a nuestros hábitos comportamentales, ¿cómo podemos decidirnos a optar libremente por éste o aquél? ¿Hasta qué punto somos libres de esas decisiones? ¿Cómo podremos prevenirnos contra los efectos indeseables que se deriven de tales elecciones, si desconocemos por completo la naturaleza de lo que elegimos?

En la actualidad, es muy frecuente que los gobiernos —urgidos como están por abaratar el coste de la Seguridad Social— se interesen por la promoción de la salud, orquestando campañas informativas, tratando de cambiar hábitos de comportamiento en la población y modificando la opinión pública respecto de algún tema que hasta ese momento se aceptaba como la más adaptativa y saludable, acaso por presentarse también como la más a la moda.

Obviamente, es un deber de cualquier gobierno el empleo de todos estos recursos para promocionar la salud de sus ciudadanos. Pero no está tan claro que los cambios de opinión producidos por su intervención se hagan contra la libre voluntad del ciudadano, de manera que éste perciba tal acción bienintencionada como una fuerte presión, contraria a su natural comportamiento.

Precisamente por eso, la adaptación del individuo a la propuesta de un nuevo y más higiénico estilo de conducta debe ser siempre voluntaria. Y deja de ser voluntaria, en la medida en que esas campañas en favor de la promoción de la salud se realizan de espaldas a la libre información que debe suministrarse al ciudadano. En algunos casos no parece sino que, a través de esas campañas, la promoción de la salud degenere en publicidad, en *márketing*, en propaganda subliminal (Gree, 1976). De hecho, casi nunca se solicita al ciudadano su consentimiento para esas informaciones, por lo que hay que dudar de que la adaptación de su conducta a la nueva promoción de objetivos sea del todo voluntaria (Mahoney y col., 1980; Steinbock y cols., 1977).

La información preventiva puede llegar a transformarse en auténtica presión que se impone al individuo sin su consentimiento. Las campañas norteamericanas contra el tabaco, a pesar de su innegable eficacia, constituyen un buen ejemplo de ello. Simultáneamente que esto sucedía, las campañas para disminuir el consumo de alcohol eran prácticamente inexistentes. De aquí que el ciudadano apenas se atreviese a fumar en lugares públicos, mientras que se sentía estimulado, en esos mismos ambientes, a consumir alcohol.

¿Se han comparado los efectos nocivos que para

la salud se derivan del consumo de una y otra sustancias? ¿Puede un gobierno optar por la erradicación de uno u otro consumo, sin fundamentar esa opción en las investigaciones pertinentes y sin informar previamente al ciudadano? ¿Podría un gobierno llegar a esa decisión atendiendo a un criterio económico, de consenso de determinados *trusts*, en lugar de atenerse a los criterios que realmente promocionan la salud? En una sociedad en la que se promocionase la salud de este modo, ¿puede o no hablarse de manipulación del hombre?

La influencia de los *mass-media* en este punto resulta incuestionable, tanto más cuanto que el resultado de esas campañas preventivas se alcanza en gran parte, precisamente, a través de su colaboración. Si estos medios se entregan, sin ningún espíritu crítico, al modelo de salud que quiere promocionar un gobierno concreto, mientras se silencia el descuido involuntario de informaciones relativas a otras diferentes áreas de salud, habrá que concluir que su contribución atañe más a la manipulación que a la promoción de la salud humana.

En los recientes *spots* publicitarios de la televisión española en torno a la promoción de la contracepción se cumple satisfactoriamente lo que acabo de afirmar. Esa campaña ha sido promocionada por el Ministerio de Salud y Consumo, probablemente porque ha hecho de la contracepción un dudoso objetivo prioritario para la promoción de la salud. Una vez que se ha optado por este objetivo, al ciudadano no le queda otra alternativa —al no haber mediado ninguna consulta previa— que contribuir obligatoriamente a esa promoción de la salud a través de los impuestos, aunque esté en contra de esa opción por sentirse persuadido de que su alcance y eficacia sean más bien contraproducentes, dada nuestra actual baja tasa de natalidad, o de la inmoralidad de los medios propuestos.

¿Qué sucedería si, como consecuencia de esta campaña informativa, en el próximo quinquenio aumentara el número de embarazadas adolescentes? De darse esta posibilidad, es muy probable que algunas de ellas apelen e invoquen algún artículo de la ley del aborto para interrumpir voluntariamente su gestación (aborto). Lógicamente esa intervención supone un riesgo y cuesta dinero. De confirmarse esto, dicha campaña no habrá promocionado la salud, sino que habrá aumento el riesgo de enfermedad, además de haber contribuido a aumentar el número de abortos. Mientras tanto, los gastos de todo esto los seguirán pagando los contribuyentes, con cuyos fondos se subvencionó la aludida campaña.

Otro aspecto que puede llegar a ser paradójico es el que se refiere a la «combinación de métodos de aprendizaje» a que se aludió en la anterior definición de educación para la salud. Esto significa que la acción estatal en la promoción de la salud debiera ajustarse a una pluralidad de métodos a emplear, en función del problema que se propone solucionar, de las características de la población en la que se trate de implantar estos procedimientos y de la mayor o menor eficacia generada por esos métodos.

Ahora bien, la diversificación de métodos —creo que es eso a lo que se refiere la expresión «combinación de métodos de aprendizaje»— es siempre más cara que el isomorfismo metodológico, es decir, el empleo de un solo método: el que para la obtención de los efectos que se buscan resulte más adecuado.

Por otra parte, el ajuste de los métodos propuestos a la legislación vigente y a los presupuestos económicos, hace inviable, en muchas circunstancias, esa diversificación de procedimientos. Por el contrario, si un gobierno opta por un método, puede llegar a imponerlo a toda la comunidad, a pesar de que sea escasa su eficacia, en comparación con otros procedimientos o respecto de otras comunidades.

Esta opción uniformista puede disminuir la eficacia perseguida, al no tener en cuenta las diferencias individuales e intercomunidades. En nuestro país, gracias a la legislación autonómica y a las competencias que han sido transferidas a cada autonomía en esta materia, estamos muy lejos de poder optar por un único procedimiento de intervención. Aquí es tanta la «creatividad» de las instituciones sanitarias autonómicas que apenas hay rasgos comunes entre las campañas de promoción de la salud que, para un mismo tema, se diseñan en las diferentes autonomías. El uniformismo centralista ha sido forzosamente sustituido por el pluralismo autonómico.

No obstante, sería interesante realizar un estudio comparativo del balance coste/eficacia generado por estos programas en las diversas regiones autonómicas. El balance coste/eficacia es un método de análisis empleado para determinar cuál es el procedimiento menos costoso de obtener un objetivo dado. Con él puede determinarse la estrategia a seguir, pero exige el conocimiento, previamente cuantificado, de los costes y de los efectos generados. Sería conveniente estudiar también

por qué en unas comunidades se ha dado un carácter prioritario a unos temas de salud frente a otros muchos posibles, en abierta contradicción con las opciones tomadas por otras autonomías y sin que medie ninguna investigación epidemiológica acerca de esas cuestiones.

La dificultad estriba, fundamentalmente en la coordinación de fuerzas, más que en la inmadura capacidad organizativa para resolver estos problemas. No es fácil determinarse por un programa concreto en el ámbito de la educación para la salud. Hay tantos programas en circulación, tantos modelos y tan diferentes, que incluso ni los más expertos saben a qué atenerse. Estas dificultades se agigantan en lo relativo a nuestro país, donde el gobierno destina una mínima partida para hacer frente a estos problemas y donde no disponemos, además, de casi ningún estudio epidemiológico fiable sobre esas cuestiones.

En otros países, con más tradición en la promoción de la salud, tampoco se han resuelto muchas de las dificultades que plantean estos programas. Algunos autores se han mostrado partidarios de practicar un cierto *birth control* de los programas, dada la inflación e ineficacia generada por alguno de ellos. Aquí la información ha precedido en algunos casos al análisis de la eficacia generada por estos programas y, en consecuencia, ni éstos tienen estabilidad, ni resulta fácil saber qué puede esperarse de ellos. Esto es lo que acontece, por ejemplo, en algunos de los programas que se han diseñado para combatir el consumo de drogas.

Antes de que un programa se implante en el ámbito escolar o comunitario, debería examinarse pormenorizadamente si reúne algunas de las características exigibles como, por ejemplo, la mayor o menor facilidad con que puede ser implantado en la población; si satisface o no los objetivos previstos; si su puesta en marcha conlleva un buen aprovechamiento de todos los recursos disponibles (institucionales, económicos, etc.); si facilita la sinergia de todas las acciones con él implicadas en la consecución de ese fin; etc. Paralelamente, habría que poner a punto las normas legales por las que ha de regirse, de forma que posteriormente no suscite enojosas incompatibilidades legales.

En los programas en los que se emplean incentivos y sanciones, habrá que estudiar atentamente cuáles son sus implicaciones con la legalidad vigente y cuál es el coste económico que debe presupuestarse para hacer frente a dicha programación. Es necesario, sobre todo, que el gobierno apruebe los presupuestos, de manera que el programa no sea inviable o se frustre por esta causa, apenas comienza a funcionar. Lo que en ningún caso debe hacerse es imponer la educación para la salud por decreto y de espaldas a todas estas realidades sociales.

Cuando estos requisitos no se satisfacen, sólo cabe esperar el caos legislativo e institucional, la ausencia de credibilidad de los ciudadanos en la eficacia de estos programas y la malversación y el dispendio de importantes partidas económicas.

Al Estado compete también una función de tutela y de vigilancia para poner fin a los abusos que, con relativa frecuencia, suelen acontecer entre los usuarios. En países donde la educación ciudadana es menor, es conveniente que el Estado esté mejor preparado contra la picaresca.

A pesar de todas las innovaciones que ha supuesto la salud conductual y la educación para la salud, son muchos también los problemas generados por este peculiar punto de vista.

De ahí que Burt (1984) haya propuesto el término de metasalud (*metahealth*), para significar el conjunto de suposiciones que sin estar probadas —algunas de ellas, por el momento, no puede demostrarse si son verdaderas o falsas— funcionan, no obstante, como principios que tratan de fundamentar la salud comportamental. «El futuro de la salud conductual y de la metasalud —escribe Burt, 1984, p. 1241— están inextricablemente unidos».

Cantidad frente a calidad de vida

En la salud comportamental se nos recomienda un cierto control alimentario para no vivir con una alta tasa de colesterol; en prevención de que nuestro hígado enferme, se nos anima a conducirnos como abstemios; para conservar la salud de nuestra dentadura, se nos disuade de comer dulces; para evitar los accidentes parece ser más conveniente no conducir vehículos, y para que el enfisema y el cáncer de pulmón no acaben con nuestras vidas, se nos presiona para que dejemos de fumar.

Para persuadirnos al cumplimiento de las anteriores propuestas, se nos hace creer que cada persona es dueña de su destino y que nos lo apropiare-

mos o no, en función de que controlemos o no nuestras conductas y nos expongamos o nos resistamos a las influencias del ambiente en que estamos inmersos. Este planteamiento —en cierto modo válido— parece chocar con otras dificultades, cuya presentación siempre se escamotea. Me refiero, por ejemplo, a ciertos deseos, cuya satisfacción exige, necesariamente, la puesta en marcha de las conductas anteriormente detestadas. El educador de la salud acaso nos enseñe a comportarnos más higiénicamente, de manera que vivamos más años; a conocer mejor los factores de riesgo que nos hacen más vulnerables frente a ciertas enfermedades, de manera que podamos evitarlas; y tal vez consiga incluso modificar nuestras atribuciones —y las convicciones personales que sobre ellas descansan—, de manera que aumentemos el control sobre nuestro comportamiento.

Pero el educador para la salud omite en sus planteamientos algunas consideraciones que son del todo irrenunciables. Por ejemplo, el hecho de que según su modelo, la cantidad de vida (la duración de la vida) sea más importante que la calidad de vida; que la vida sea considerada más bien como un fin que como un medio; que vivir más tiempo sea valorado como más sano que la satisfacción de nuestros deseos o el cumplimiento de nuestros propósitos.

El educador parte de estos supuestos —sin los cuales el modelo comportamental que nos propone no quedaría fundamentado— cuya verdad o falsedad, por otra parte, no puede verificar ni refutar. Estos supuestos, presentados como indiscutibles en este planteamiento, son en realidad muy relativos, encarnando *valores* frente a los cuales cada hombre, libremente, ha de optar. El encubrimiento —probablemente no intencionado— de los valores que están en la base de las conductas aconsejadas como más convenientes, podría limitar en cada hombre sus posibilidades de elección, lo que supone una renuncia, que puede llegar a ser importante, de la libertad personal.

El educador para la salud satisfaría mejor las exigencias del comportamiento ético si manifestase al educando esos presupuestos y el hecho de que aún no están probados, además de enseñar a su cliente las estrategias necesarias para cambiar la conducta respecto de la salud, en función de los valores que aquél libremente elija. El educador no puede ignorar ni escamotear las variadas opciones que, en la práctica, se presentan a cada persona respecto de su salud individual.

Supongamos que para una persona la vida sólo tiene un valor de medio y no de fin. Supongamos que opta por la persecución del éxito, como fin al que debe ordenarse el medio que es su vida. Una persona así, que opte por el éxito como supremo valor, difícilmente admitirá la posibilidad de un estilo de vida cuyo propósito consista en alcanzar la longevidad. Este individuo «no quiere morirse de viejo», sino que todo el mundo reconozca, por ejemplo, su valía personal, poco importa el precio que tenga que pagar por ello. En una persona como la que acabo de describir, la implantación de comportamientos tendentes a mantener y mejorar la salud puede llegar a ser difícil.

Salud frente a placer

El educador debe saber que con su intervención contribuye a cambiar la voluntad de su cliente, aunque para ello no disponga —tampoco se lo ha planteado— de su explícito consentimiento. De ahí que su labor sea tan frecuentemente persuasiva, velada, y en cierto modo, atribucional. El educador para la salud también hace atribuciones puesto que no ha podido, ni puede demostrar, que la longevidad sea el supremo valor al que, con tal de alcanzarlo, el hombre debe someter su vida. El valor indemostrado de la longevidad es muy discutible, sobre todo si nos atenemos a lo que sucede en el presente con las personas de la tercera edad. ¿Vale la pena dejar de fumar, dormir cada día ocho horas, hacer «footing» todas las mañanas y dejar de beber, para tener que jubilarse a los 60 años, ser considerado un estorbo por los familiares y ocupar una cama en un asilo durante los veinte últimos años de su vida?

No es que se plantee la salud comportamental como algo excesivamente enfrentado al placer comportamental. No es así, porque entre otras cosas, fumar, beber, etc., ni son placeres absolutos ni constituyen para todos los seres humanos la meta anhelada e indiscutible de sus deseos placenteros. De otra parte, gozar de buena salud —aunque los que gozan de ella apenas son conscientes de este gozo mientras aquélla dura— también puede considerarse como un cierto placer. Por consiguiente, discrepo del artificial y forzado enfrentamiento a que Burt somete la salud comportamental y el placer comportamental. No obstante, entre ambos puede producirse un cierto conflicto y, como tal, generalizarse entre nuestros ciudadanos. Pero la presentación como conflicto no se debe tanto a que esté muy bien tipificado qué es y qué no es el placer y la salud conductual, sino más bien entre los valores disponibles en un determinado contexto cultural, por los que el hombre opta.

Por otra parte, continuamos ignorando si la salud es un estado de bienestar, una particular actitud frente a la vida, el modo de enriquecer nuestra vida o el modo de alargar la cantidad de nuestras vidas. ¿Puede programarse y enseñarse la salud comportamental cuando no estamos plenamente de acuerdo en qué entendemos por salud? ¿Puede promocionarse la salud comportamental, sin resolverse previamente los supuestos de los que se parte?

En este punto Burt tiene toda la razón. Cuestiones como éstas son críticas respecto del éxito futuro de la salud comportamental. De ahí la importancia que tiene en la actualidad el estudio de estas cuestiones éticas reunidas bajo el concepto de metasalud. El problema desborda el ámbito comportamental —dado que su naturaleza es ética— y exige otro modo de afrontamiento, ya que no puede ser resuelto desde las nuevas e incipientes ciencias de la salud.

Es necesario estudiar las inferencias, convicciones y prejuicios que sostienen esas presunciones, tanto entre los pedagogos de la salud como entre sus clientes potenciales. No se olvide que estos presupuestos —mejor o peor enraizados en la sociedad—, cambian, suplantan y/o modifican a la misma realidad. Lo que cada persona presupone, atribuye e infiere respecto de su conducta, en relación con la salud, afecta tanto a su comportamiento como al conocimiento que de la realidad tenga, a pesar de que tal vez esas presunciones, inferencias y atribuciones no sean verdaderas. Pero si desconocemos cuáles son estas presunciones, en función de qué principios podemos exigir a una persona que abandone o modifique su conducta —que luche con todo su esfuerzo al precio de tantas privaciones—, sin que esté aún fundamentado el principio —sin conocerlo todavía—, que, según parece, le aconseja como lo más conveniente.

Burt afirma que el problema más inmediato que ha de resolver la salud comportamental radica, en primer lugar, en conocer los supuestos y atribuciones de que parte en sus planteamientos el pedagogo de la salud. Y, en segundo lugar, en tratar de resolver ese metafactor constituido por las suposiciones y atribuciones que cada persona tiene respecto de la enfermedad y de la salud.

Acerca del autocontrol del comportamiento

A pesar de la eficacia demostrada por el autocontrol comportamental hay que señalar que estamos lejos de conocer cuáles serán las consecuencias de configurar, con esas suposiciones, este o aquel estilo atribucional en una persona determinada.

Un excesivo énfasis en el autocontrol comportamental podría hacer crecer en el cliente un desadaptativo sentimiento de impotencia; del mismo modo, la renuncia al autocontrol comportamental podría hundirle en la indefensión y desvalimiento más desesperados. Recuérdese que las atribuciones actúan, según parece, como una causa importante en la génesis de nuestra conducta. Por consiguiente, mientras que las atribuciones no se identifiquen y/o cambien, difícilmente podrá conseguirse el deseado cambio comportamental, por muy necesario que nos parezca para los fines preventivos. Tan utópico es atribuir al hombre el ser dueño de su propio destino, como considerarse desvalido para hacer frente a su propio comportamiento. Las actitudes de omnipotencia también aquí pueden ser nefastas, pues si la salud depende de la conducta y frente a ésta nos percibimos como omnipotentes, la aparición de una enfermedad será mucho más frustrante e inexplicable.

Del mismo modo, si habíamos atribuido al autocontrol de nuestro comportamiento una importante función de autorregulación de la propia salud, al fracasar éste y aparecer la enfermedad, es muy probable que se frustren también las atribuciones que habíamos hecho respecto de ese mismo autocontrol y que hasta nos sintamos culpables.

Los ejemplos podrían multiplicarse, tanto respecto de la «prevención» natural de ciertas enfermedades como del modo en que creemos que optimizamos nuestra salud.

Pondré algunos ejemplos. Hay personas que atribuyen al alcohol los efectos de un fármaco beneficioso, por ser «un vasodilatador de las coronarias», según dicen. La evidencia experimental y clínica demuestra, en cambio, que alcohol es un vasodilatador de la circulación periférica, simultáneamente que un vasoconstrictor específico de las coronarias. Personas con una cardiopatía que consumen alcohol, a causa de estas atribuciones, desconocen que al consumirlo sitúan a su corazón en las peores condiciones de funcionamiento, por cuanto ha de trabajar más (por la vasodilatación periférica) con menos aporte de oxígeno (por la vasoconstricción coronaria).

En otras personas he encontrado una enorme resistencia a guardar cama cuando enferman, lo que actualmente se interpreta como un importante indicador de falta de autocuidado en el ámbito de la salud comportamental. Quedé muy sorprendido cuando descubrí cuáles eran las atribuciones de estos pacientes, generalmente personas ancianas. Consideraban que si guardaban cama, ya no se levantarían jamás; que mientras estuviesen en pie, más difícil sería a la muerte robarles la vida.

Las consultas al horóscopo y las visitas a los curanderos —se estima que ejercen esta «profesión» más de 40.000 curanderos en un país vecino— manifiestan la importancia de estas atribuciones que, paradójicamente, suelen ser tanto más frecuentes cuanto mayor es el nivel cultural y el poder adquisitivo de la persona.

Por poner otro ejemplo, hoy muy común en nuestro país: el reuma, la gripe, el insomnio e incluso la depresión «pueden aliviarse y/o prevenirse», según creen algunos, con una pulsera de cobre semiabierta terminada en dos esferas constituidas por un metal diferente. En los últimos diez años este uso se ha generalizado, aumentándose las ventas de este extraño producto, que, curiosamente, se expende también en farmacias.

La inmunogénesis conductual (la capacidad de que la conducta nos haga inmunes al padecimiento de ciertas enfermedades) ha subrayado la importancia que para la salud tiene el que la persona tome sus propias decisiones respecto del trabajo. Se afirma que al tomar cada uno sus propias decisiones laborales aumenta el sentido de coherencia y disminuye la vulnerabilidad frente al estrés. Esta participación en la toma de decisiones tiene una gran importancia, porque contribuiría, además, a estructurar el trabajo de manera que éste fuese más consistente y manejable respecto de lo que se espera de él, simultáneamente que permitiría reducir los factores estresantes negativos que casi siempre lo acompañan. El conocimiento de la totalidad del proceso laboral serviría también para extender entre los trabajadores un espíritu más cooperativo, pues, al conocer algunas de las posibles consecuencias negativas que de su trabajo se derivan para sus compañeros, tratarían de evitarlas. Hasta aquí las meras hipótesis.

Pues bien, este hecho que formulado así parece incontrovertible, en absoluto lo es, si consideramos el resultado de otras investigaciones.

Hoy sabemos, hasta el punto de ser un tópico social, que los profesionales que por su trabajo se ven obligados a tomar prontas e importantes decisiones —un ejecutivo, por ejemplo—, tienen más alto riesgo de padecer estrés que quienes no se ven forzados a esa tarea. Experimentalmente se probó también (los trabajos de Harlow con sus famosos «monos ejecutivos») que estos sujetos padecían más frecuentemente úlceras de estómago, al depender de ellos la «decisión» de emitir una respuesta para controlar o evitar la administración de un estímulo aversivo a sus compañeros.

Son muchas las variables que intervienen, como hemos visto, en el mantenimiento de la salud. De ahí que no dispongamos de «recetas» simplificadas —tan simplificadas como reduccionistas— para promocionar, de forma generalizada, la salud entre los ciudadanos.

Todavía hoy desconocemos la raíz de muchas suposiciones que, no obstante, interfieren, moldean y acaban configurando nuestro comportamiento frente a la salud. Hay personas, por ejemplo, que están conformes —al menos teóricamente— con morir cuando les llegue su momento; otras, que consideran la salud como un fin por lo que escamotean su exposición a cualquier situación estresante; para un tercer grupo, la salud sólo depende del azar y de la suerte que se tenga. Hay quienes consideran que vale la pena cuidarse y renunciar a algunos placeres con tal de vivir más tiempo; algunos optan por estrujar la vida viviéndola «a tope», aunque por ello vivan menos años; otros consideran la enfermedad como un castigo o se atribuyen un gran control sobre su estado de salud o identifican la salud y la enfermedad como necesarias consecuencias del estilo comportamental que tienen o tal vez consideran que su estado de salud es totalmente independiente de su comportamiento.

Éstas y otras posibles tipologías —por otra parte, muy bien tipificadas entre nosotros— forzosamente han de generar una mayor o menor adherencia a los programas de promoción de la salud comportamental.

Por eso mismo la consideración ética de estas implicaciones resulta irrenunciable.

Un ejemplo clamoroso: la prevención del SIDA

La prevención de una enfermedad es siempre más eficaz y más económica que su tratamiento. Pero la prevención no es algo automático o casi mecánico que en todos los casos pueda ser llevado a cabo sin el concurso de la libertad humana.

El SIDA es una enfermedad infecciosa que no responde a los modelos tradicionales que de este tipo de enfermedades teníamos y a las que antes, con tanta eficacia, se hizo frente. Muchas de las estrategias que entonces se emplearon para combatir las enfermedades infecto-contagiosas resultan irrelevantes para la prevención del SIDA. En consecuencia con ello, hay que concluir que el contagio de la enfermedad no depende tanto de factores ambientales (impredictibles e incontrolables), como de comportamientos personales que, por ser libres y voluntarios, sí pueden ser objeto de predicción y autocontrol por parte de la persona. Esto quiere decir que la lucha preventiva contra el SIDA, a pesar de ser una enfermedad infecto-contagiosa, responde a un modelo completamente diferente a los modelos tradicionales y, por consiguiente, propicia otras formas de intervención diversas de aquéllas.

Al no disponerse de una vacuna que nos garantice la erradicación de la enfermedad en un breve período de tiempo, habrá que estudiar cómo disminuir sus posibilidades de contagio para que no continúe creciendo de forma inevitable.

En la actualidad se conocen bien cuáles son los principales mecanismos de contagio (el contacto homosexual y heterosexual, la drogadicción parenteral, las transfusiones de sangre, los trasplantes, los accidentes y el contacto familiar y profesional, la transmisión materno-fetal, etc.), cómo actúa el virus dentro del organismo, de qué marcadores biológicos y clínicos disponemos para el diagnóstico precoz de la enfermedad, cuáles son los dispositivos inmunológicos y las pruebas de laboratorio que permiten predecir la futura evolución del enfermo, etcétera.

Pero a pesar de ello, la prevalencia del SIDA sigue en aumento, como la más grave amenaza al hombre, en el final de este siglo XX que agoniza. Por eso es recomendable optar por otros procedimientos preventivos que sean más eficaces. Nada de particular tiene —una vez que no disponemos de la necesaria vacuna ni de fármacos que sean eficaces— que ganen en consideración en esta lucha preventiva los factores personales y comportamentales (el estilo de vida personal, los estilos de comportamiento, etc.), frente a los meramente ambientales y tradicionales (el virus). Hoy sabemos que en la lucha contra el SIDA ocupan un puesto preeminente las actitudes de las personas, sus convicciones, el modo en que a través del aprendizaje social se ha modelado su conducta sexual y los valores y creencias por las que se opta.

Entre estas últimas merece destacarse el modelo de controlabilidad que cada persona tenga. En efecto, hay personas que están en la creencia de que no pueden controlar su comportamiento sexual, por lo que han de seguir las inciertas vicisitudes a las que posiblemente les arrastre un potencial contagio con el virus del SIDA.

Una vez individuados cuáles son los factores que predisponen, facilitan y refuerzan las conductas más intensamente vinculadas con la trasmisión del virus, parece lógico que la prevención se oriente fundamentalmente a disminuir o modificar el modo en que esas conductas aparecen, de manera que se disminuya la probabilidad del contagio.

Las actitudes constituyen un buen predictor de cuál será el modo de comportarse la persona en el futuro. Pero junto con las actitudes importa también mucho el modo en que se percibe el coste/beneficio de un determinado comportamiento. De aquí que para la prevención del SIDA sea muy importante conocer cuáles son las actitudes de las personas respecto del consumo de drogas, del comportamiento sexual, etc., así como de cuál es el balance percibido del coste/beneficio de esos comportamientos. A estos dos factores habría que añadir un tercero: el de la creencia que esa persona tenga respecto de la mayor o menor autocontrolabilidad de las conductas que directamente facilitan la transmisión de la enfermedad.

Percepciones, actitudes y creencias en el autocontrol dependen también del marco axiológico, de los valores que orientan el estilo de conducta y la vida toda de cada persona (Rodenstock, 1974; Fishbein y Ajzen, 1975; Antonovski, 1984; Muhlenkam y cols., 1983; Brown y cols., 1985).

El hecho de que unas personas se comporten de forma más sana que otras, parece depender también de otros muchos factores, como de los soportes sociales de que se dispone, del valor que se concede a la salud, del modo en que se comportan las personas de la misma edad., etc. Resultados de muchas otras investigaciones sugieren que las prácticas de salud y los hábitos de comportamiento sano dependen más, en muchas ocasiones, de los anteriores factores considerados, que de los cambios que pretendan suscitarse a través de determinadas campañas preventivas diseñadas y promocionadas por los gobiernos (Polaino-Lorente, 1987).

¿Virus o hábitos de comportamiento?

Ciertamente, si el SIDA está presente en nuestra sociedad es porque hay un virus que causa esta enfermedad. Pero no es menos cierto que el virus causa la enfermedad cuando alguien voluntaria o involuntariamente, mediante su comportamiento, facilita su contagio y transmisión. Esto quiere decir que en la mayor parte de los enfermos el contagio se ha producido como consecuencia de su comportamiento, fundamentalmente el consumo de drogas y al establecimiento de relaciones sexuales.

Habida cuenta de la actual ineficacia en la lucha contra el virus, es lógico que la mayoría de los programas preventivos insistan en otras estrategias y medidas más centradas en el comportamiento. Esto quiere decir que la prevención del SIDA se lleva acabo hoy a través de estrategias que, fundamentalmente, han de incidir sobre la conducta humana.

Es lógico que sea así, puesto que, tal y como se ha manifestado, es el procedimiento más directo y eficaz para atajar el problema. Pero, precisamente por eso, las consecuencias podrán ser también funestas si no se acertase a modificar los hábitos de comportamiento que están implicados en el contagio y facilitan la transmisión del SIDA.

Por el momento, parece necesario que consideremos, con toda brevedad, a qué nos referimos cuando hablamos de hábitos de comportamiento. El Diccionario de la Lengua Española define el término hábito como la «costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie» o como la «facilidad que se adquiere con larga y constante práctica en un mismo ejercicio».

En realidad, la mayoría de nuestros comportamientos responden y son consecuencia de los hábitos que los soportan. Los hábitos tienen la ventaja de que facilitan y a su modo optimizan nuestra conducta, sin necesidad de hacer tan gravoso ese comportamiento. El hábito aparece como una posesión permanente, como «una cierta cualidad, por sí misma estable y difícil de remover, que tiene por fin asistir a la operación de una facultad y facilitar tal operación» (Tomás de Aquino).

El hábito no es la conducta realizada por el sujeto, sino la facilidad para comportarse así. El hábito no es innato sino adquirido y adquirido tras una «larga y constante práctica en un mismo ejercicio», cuya realización tal vez supuso, inicialmente, un gran esfuerzo. Es decir, el hábito se adquiere mediante un esforzado entrenamiento.

Pero los hábitos conllevan dos notas un tanto contrapuestas: de una parte, el hacer más fácil la determinación voluntaria a obrar de esa manera —y, por consiguiente, un menor coste en la libre decisión—; y, de otra, por esa misma facilidad que de él resulta para obrar de esa manera, una cierta dependencia de ese modo de comportamiento habitual. De aquí que los hábitos de comportamiento tengan un poderoso alcance antropológico —aquí reside su grandeza y su limitación—, puesto que asentados como cualidades en la vida de una determinada persona, acaban por configurarla y domeñarla imponiéndole su propio estilo. Y es que «el hábito —como escribió Hume—, en tanto que costumbre, es el gran guía de la vida humana» (*Enquiri*, secc. V, I).

Los hábitos, desde la perspectiva psicológica, dicen referencia al proceso de la habituación estudiado por los psicólogos desde Maine de Birán a los conductistas (Pavolv, 1960; Skinner, 1979; Thorndike, 1965) y a los cognitivistas (Bandura y col., 1963). Con la adquisición de hábitos se incrementa la probabilidad de responder al medio, repitiendo una misma conducta.

Esto quiere decir que, por la habituación, se facilita la capacidad de responder a los estímulos de una forma muy concreta. En esto consiste, según la mayoría de los psicólogos contemporáneos, el proceso de aprendizaje: en la formación de estos hábitos. Sin hábitos de comportamiento no habría aprendizaje.

Ahora bien, si los hábitos de comportamiento que se han aprendido son, en cierto modo, los responsable de la transmisión de la enfermedad, lo que habrá que hacer para prevenir el SIDA es modificar esos hábitos de comportamiento, es decir, modificar los aprendizajes a cuyo través se formaron esos hábitos. A este fin parecen encaminarse también las estrategias que se han puesto en marcha para su prevención.

En lo referente a los hábitos coinciden hoy psicólogos y filósofos. Y es que, como escribió Zubiri (1963), el hábito es un modo de habérselas con las cosas y consigo mismo, «el fundamento de posibilidad de toda suscitación y de toda respuesta» de un ser viviente.

Algunas consecuencias implícitas de un hábito

Al proporcionar los preservativos —estrategia aconsejada por ciertas campañas gubernamentales— y animar a los usuarios a emplearlos, no sólo se les está proporcionando una barrera de caucho que, supuestamente, impide el contagio del SIDA, sino que se está modificando —en su sentido activo y positivo— el comportamiento del ciudadano y, a través de esta práctica, imponiéndole una determinada dirección a su manera de conducirse personalmente, lo que es mucho más grave.

Al suministrar el preservativo se está estimulando una cierta conducta que, con la repetición de actos (con el consumo de más preservativos), acabará por configurar y modular una determinada facilidad para las relaciones sexuales (implantación y emergencia de un nuevo hábito de comportamiento). En la persona en que arraigue el nuevo hábito, cambiará también su sistema perceptivo y, por consiguiente, cualquier estímulo erótico tendrá una capacidad de suscitar en él una respuesta sexual, haciéndole más dependiente —y, por tanto, menos libre— respecto del flujo estimular ambiental.

De otro lado, su organismo también se habituará a ese tipo de respuestas (sexuales), frustrándose con mayor frecuencia e intensidad cuando, por las razones que sea, no pueda satisfacer la facilidad para obrar de esa manera que ahora le reclama —con mayor exigencia que antes— el nuevo hábito. Éstas y otras modificaciones son las que resultan en el comportamiento de quienes, acaso de forma bienintencionada, usan el preservativo.

Por consiguiente, en tanto que el uso de tal preservativo genera un hábito de comportamiento y, a través de éste, una mayor facilidad para obrar con mayor frecuencia así, habrá que concluir que propiciar su uso multiplica la probabilidad de que en el futuro los usuarios establezcan más relaciones sexuales (es decir, mayor número de contactos potencialmente contagiosos).

Grupos de riesgo frente a conductas de riesgo

Se ha repetido hasta la saciedad que el SIDA es la enfermedad de las haches (homosexualidad, heroinómanos, haitianos, hemofílicos, etc.), en tanto que cada uno de estos grupos singularizan poblaciones en las que es mucho más frecuente la transmisión de la enfermedad. Este hecho es innegable y los estudios epidemiológicos, al ponerlo de manifiesto, han contribuido a orientar más eficazmente las campañas preventivas.

La denominación y la identificación de los «grupos de riesgo» es una consecuencia del trabajo epidemiológico. Con esta denominación se designan aquellos grupos de personas en los que la incidencia de la enfermedad es mucho mayor, como consecuencia de estar presentes en ellos ciertos factores que facilitan el contagio. Esto supuso un importante avance en la lucha contra la enfermedad. Pero no siempre esta denominación constituye por sí sola una ventaja en la lucha contra el SIDA, pues también pueden cobijarse y anidar en ella actitudes nada favorables a la lucha contra esta enfermedad.

En efecto, si se vincula el SIDA solamente a los grupos de riesgo (principalmente homosexuales y drogadictos), muy probablemente habrá emergido y estará dispuesto un «chivo expiatorio» en el que se verterá y adensará cierta culpabilidad elitista y sesgada, mientras que, injustamente, deja fuera de foco a otros grupos de población que, obviamente, también se contagian y contribuyen a extender la enfermedad.

En la actualidad, el SIDA se da tanto entre homosexuales como entre personas que tienen relaciones heterosexuales promiscuas (aunque más frecuentemente en los primeros), por lo que es forzoso ampliar el hasta ahora restringido concepto de «grupo de riesgo», tal y como este concepto se ha venido empleando.

De otra parte, más eficaz que hablar de grupos de riesgo sería referirse —tal y como lo aconsejan los expertos— a las conductas de riesgo. En realidad, no podría ser de otra manera, ya que el grupo se compone con las personas que enferman y éstas contraen la enfermedad en función de cómo haya sido su comportamiento; y no al revés. El grupo surge del comportamiento más que el comportamiento del grupo (aunque en algunos casos esto último puede también acontecer, como consecuencia de una exposición más intensa y frecuente de la persona a ciertos modelos de aprendizaje, costumbres, presión social, etc.).

Por eso precisamente, para erradicar el SIDA o disminuir el número de contagios y de enfermos, la clave está en modificar el comportamiento y no tanto en marginar —injusta y estúpidamente— a los grupos en los que es mayor la probabilidad y el riesgo de que aparezca la enfermedad. Con la marginación injusta de estos grupos nadie debiera alimentar la esperanza de erradicar la enfermedad o de disminuir el número de las personas que se contagian y la padecen.

Mientras que persistan las conductas de riesgo se habrá asegurado la posibilidad del contagio.

Conductas como la drogadicción, la sodomía, la promiscuidad heterosexual, etc., son las que directamente incrementan el riesgo del SIDA. La solución está en tratar de modificar esas conductas más que en ensañarse con las personas en que aquéllas se dan.

La patología no calculada de una campaña preventiva

De octubre a diciembre de 1990 los Ministros de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales promovieron en España una campaña de prevención del SIDA. Para ello se recomendó en «spots» publicitarios el uso de preservativos, con el eslogan: «Póntelo, pónselo». Las letras de las canciones que para tal efecto publicitario se diseñaron prometían, tras el uso de preservativos, la total seguridad de evitar la enfermedad.

De este modo, se presentaba, en definitiva, un único procedimiento —el uso de preservativos— para luchar contra la transmisión del virus del SIDA. Para hacer frente a la transmisión del virus entre los drogadictos que emplean la vía parenteral, se estudió también la posibilidad de repartir jeringuillas gratuitamente. Se pensó que de esta manera, con jeringuillas y preservativos, podía resolverse, o al menos paliar, el problema.

Sin embargo, la campaña no pudo ser más ineficaz en sus resultados, puesto que el SIDA, también en España no ha hecho sino aumentar. En efecto, el 1 de julio de 1991, había en España 9.112 pacientes, lo que suponía la multiplicación de los casos detectados un año antes. Las previsiones oficiales para el año 2000, según las estimaciones de Nájera, presidente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA), a finales de abril de 1992, señalan que serán portadores del virus entre 70.000 y 100.000 personas. No parece que el uso de jeringuillas y preservativos haya sido todo lo útil y eficaz que se prometía al principio de esta campaña preventiva.

Coste y eficacia de las campañas contra el SIDA

En un reciente congreso internacional sobre el SIDA, celebrado en Londres, los delegados de los 146 países participantes (incluidos 114 ministros de sanidad) intercambiaron experiencias sobre las campañas de prevención. Los asistentes, en general, reconocieron que, aunque estas campañas han contribuido a alertar al público y a derribar mitos sobre las vías de contagio, apenas han afectado a los comportamientos.

Los efectos económicos del SIDA comienzan a preocupar a los gobiernos. Mientras las campañas de prevención siguen detrayendo millones de dólares, el coste del tratamiento de los enfermos no cesa de aumentar. En Gran Bretaña, se calcula que el Servicio Nacional de Salud necesitó 45 millones de dólares extra para hacerse cargo de los 3.000 nuevos casos que se descubrieron en el curso 1988-89. Cada enfermo de SIDA le cuesta al tesoro británico alrededor de 48.000 dólares; los cálculos norteamericanos sitúan este costo entre 50.000 y 150.000 dólares por paciente, según la duración del tratamiento. Y su precio, en horas de trabajo perdidas, podría ser aún mayor, ya que la enfermedad se ceba especialmente entre la población activa (el grupo de edades con mayor riesgo es el 25-45 años), agravando el problema de la financiación de los sistemas de pensiones.

El preservativo que no preserva

Analicemos ahora la eficacia preventiva del preservativo en sí mismo considerado. Parece estar demostrado que entre el 15 y 20 por ciento de los preservativos hoy utilizados fallan, lo que significa que uno de cada cinco o seis contactos sexuales en los cuales se han empleado el preservativo, constituyen una fuente muy segura de contagio. Puede concluirse, pues, que el uso del preservativo, en tanto que barrera, disminuye el contagio del SIDA, pero en tanto que promueve las relaciones sexuales y el hábito de comportarse así, incrementa su contagio.

De aquí que campañas preventivas como las referidas líneas atrás no sólo no consigan disminuir el contagio de SIDA, sino aumentarlo y extender más aún la enfermedad. Una campaña preventiva así diseñada no previene de nada y no es, por consiguiente, tal campaña.

Disponemos de muchos datos, acaso demasiados, no sólo en España sino en todos los países de la comunidad internacional, que demuestran que los preservativos no preservan de forma absoluta. Veamos algunos de los resultados comunicados por los expertos de Estados Unidos, Francia e Inglaterra.

Numerosos usuarios en Estados Unidos, según recientes investigaciones (Hu y col., 1989; Marín, 1990; Flaskerud y col., 1992), se muestran escépticos respecto a la capacidad que tiene el preservativo de prevenir la transmisión del virus y por eso no lo emplean.

Según otra reciente investigación del Research International para la Agencia Francesa de lucha contra el SIDA (1992), realizada en 697 personas de más de dieciocho años, de los cuales 654 llevaban una vida sexual activa, 505 jamás utilizaron preservativos.

El retrato robot de las personas que lo emplean es el siguiente: hombres jóvenes (33 por ciento de ellos entre dieciocho y veinticuatro años), célibes (52 por ciento) que cohabitan con otras personas en una gran ciudad (38 por ciento). Más del 56 por ciento de ellos han cohabitado con diferentes personas, frente a sólo el 23 por ciento de la media de la población francesa.

En síntesis, las tres cuartas partes de los franceses que llevan una vida sexual activa rehúsan utilizar el preservativo, a pesar de las campañas publicitarias de tipo preventivo.

Parece que las razones que suelen ofrecer varían mucho en función de cuál sea su edad. Así, el rechazo del uso de preservativos entre los jóvenes de dieciocho y veinticuatro años lo atribuyen a que genera una considerable «pérdida de sensualidad» y también a que su mismo aspecto resulta desagradable: los que no lo utilizan, entre los veinticinco y treinta y cuatro años de edad, lo atribuyen a que su uso se limita a sólo las relaciones ocasionales, circunstancia que es condenada por el orden moral; y entre los que se oponen a su uso, de treinta y cinco a cincuenta y cinco años, lo atribuyen a que su empleo es idéntico a «los paraísos perdidos».

Entre la minoría de los que sí lo emplean se puede afirmar que no reina ni la satisfacción ni la tranquilidad absoluta: el 43 por ciento se inquieta por el riesgo de que el látex se desgarre; el 26 por ciento se queja de «contactos desagradables»; el 21 por ciento de que no se repliega y el 19 por ciento manifiesta de forma negativa la dificultad para colocarlo en su lugar; un 25 por ciento considera que su precio es prohibitivo.

A pesar de todas estas quejas, la razón atribuida por el 88 por ciento de los que lo usan es el temor al SIDA y también el temor a otras enfermedades de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, herpes, etc.). La mayor parte de estos usuarios manifiestan tener una conducta sexual próxima a la promiscuidad.

Según parece, tanto en Francia como en Estados Unidos, las campañas en favor del empleo de preservativos han generado un efecto de rechazo, especialmente entre las personas más jóvenes (cfr. *Europe Today*, 1992, 102).

Algo parecido acontece en el Reino Unido. En una reciente investigación llevada a cabo por Sheeran y cols. (1992) sobre las actitudes de los estudiantes respecto de la utilización de preservativos con relación al SIDA, se obtuvieron las siguientes conclusiones: el uso de preservativos es más ofensivo para la mujer que para el hombre. Este dato coincide con los obtenidos por Sherr (1987), quien encontró que las mujeres estudiadas se quejaban porque el uso de preservativos lo consideraban como algo que interfería en su intimidad.

La investigación de las actitudes resulta en este ámbito crucial, puesto que es un buen predictor de cuáles son las intenciones de la persona respecto de su posterior conducta sexual. Así, por ejemplo, uno de cada tres estudiantes manifiesta que llevar preservativos es percibido generalmente como un indicador de deseo de establecer relaciones sexuales casuales.

En el caso de la mujer, la posesión de un preservativo tiene el significado de querer crear una cierta oportunidad para el comercio sexual. En cambio, su ausencia debe entenderse como la negación a tener relaciones sexuales. Sin embargo, son también muchos los jóvenes que establecen esas relaciones sexuales sin emplear ninguna forma de contracepción (Morrison, 1985; Spears y col., 1990).

Los dos anteriores manifiestan de una vez por todas la poca credibilidad social que tiene el empleo de preservativos como medida preventiva frente a la transmisión sexual del SIDA.

La recomendación de otros procedimientos preventivos más eficaces

Afortunadamente, no todos los procedimientos de prevención que hoy pueden aconsejarse quedan reducidos a sólo el empleo del preservativo. Éste es el caso de otras medidas preventivas como establecer relaciones sexuales sólo con una y la misma persona, dejar de consumir drogas, la evitación de transfusiones de sangre infectada, la prevención de embarazos en la mujer con SIDA, la abstinencia sexual, el celibato, la fidelidad conyugal, etc. No promocionar ninguno de los procedimientos aludidos podría constituir un flagrante delito de «mala práctica» sanitaria y política en el diseño de las campañas preventivas.

Por eso nada extraña que algunos expertos suizos (Scheriner y April, 1990) hayan manifestado lo que sigue: «el preservativo ha sido recomendado en varios países como la protección más importante contra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque no hay pruebas rigurosas de que sea eficaz contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (...) Para impedir una infección mortal como el SIDA, es obligatorio emplear modos seguros de protección. Los estudios más recientes sobre su prevención, demuestran que la suposición de que los preservativos ofrecen una protección fiable contra el VIH es una peligrosa ilusión» (pp. 972-978). El énfasis de estos investigadores recae en la ausencia de proporcionalidad existente entre el posible fallo de esa medida preventiva (15-20 por ciento) y la gravedad de la enfermedad que se adquiere (mortal). En un caso de peligrosidad como el SIDA, no se concibe que una medida preventiva pueda fallar, ni siquiera aunque sea una de cada 5 ó 6 veces.

En este mismo sentido se han pronunciado otros investigadores. Éste es el caso de lo manifestado ya en 1987 por los expertos del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, quienes en su informe semanal acerca de la morbilidad y mortalidad, se manifestaban como sigue: «el uso apropiado del preservativo puede reducir, pero no eliminar, el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Los individuos que pueden haberse contagiado con el VIH, o que ya están contagiados, deberían ser conscientes de que el uso del preservativo no puede eliminar por completo el riesgo de contagiarse o de contagiar a otros» (pp. 7-9). Es decir, se insiste aquí también en que «reducir» no significa «eliminar» el riesgo de enfermedad. Resulta, pues, que el riesgo de contagio no puede extinguirse por completo con sólo esa medida.

Hasta aquí tenemos dos hechos tozudos: a) que el empleo del preservativo aumenta la frecuencia y el número de relaciones homosexuales y heterosexuales, contribuyendo así a implantar un hábito de comportamiento que forzosamente ha de acrecer extraordinariamente el futuro riesgo de contagio, y b) que, a pesar de estas campañas preventivas en favor del empleo de preservativos, su efecto incide, por diversas actitudes y razones que ya hemos observado, sólo en determinados sectores de la población y con unos resultados ambiguos, imprecisos y, en algunos casos, expresamente contrapreventivos.

De aquí, el imperativo ético de no silenciar, sino de promocionar, la información acerca de otros procedimientos y estrategias de prevención que son mucho más eficaces. No resulta extraño que el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta afirme lo que sigue: «la abstinencia y la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada son las únicas estrategias preventivas totalmente eficaces» (cfr. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1987).

Por otra parte, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas viene recomendando desde 1988 lo que sigue: «Los esfuerzos en la prevención primaria deberían incluir la educación de los adolescentes y de los adultos jóvenes respecto a la transmisión de VIH, y el estímulo de la abstinencia o de las relaciones sexuales monógamas» (cfr. *The Journal of Infectious Diseases*, 1988). Nada de particular tiene que el grupo de expertos americanos en la lucha contra el SIDA sostuvieran ya en 1989 y en una de las revistas científicas hoy más prestigiosas (cfr. *The Lancet*), lo que sigue: «en el caso del SIDA, prevenir no es simplemente mejor que curar: es la única cura (...). Los medios para prevenir la difusión del VIH son tremendamente sencillos (...). Pero los contactos heterosexuales y homosexuales y el abuso de las drogas intravenosas siguen catalizando la expansión de la epidemia (...). El cambio de conducta es la forma segura de protección, pero parece que no se ha sabido inducir de modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre los grupos de alto riesgo».

Sobre las anteriores coincidencias se ha vertebrado al fin la estrategia resolutoria final adoptada por la OMS contra el SIDA y hecha pública el 23 de enero de 1992. En efecto, Nerson, director del programa manifiesta la necesidad de revisar las estrategias preventivas empleadas hasta ahora, dada la progresión y extensión de la enfermedad y el número de personas infectadas por el virus. Por eso, la resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS (EB 89. R19) del 29 de enero de 1992, afirma lo que sigue: «la OMS quiere que se sepa que sólo la abstinencia sexual o la absoluta fidelidad eliminan el riesgo de infección». Y en el párrafo 17 de otro documento (EB 89. INF. DOC. II) de 20 de enero de 1992 se proclama que «sólo la abstinencia sexual o una mutua fidelidad de por vida entre parejas no infectadas eliminan totalmente el riesgo de enfermedades sexualmente transmisibles».

He aquí un reto ético para el comportamiento del hombre contemporáneo, si de verdad quiere decidirse a luchar contra el SIDA.

Bibliografía

ANTONOVSKI, A.: *The sense of coherence as a determinant of health*, Beer-Sheva (Israel), Ben Gurion University of the Neguev, 1984.

BANDURA, A.; WALTERS, R. H.: *Social learning and personality development*, Holt, 1963.

BROWN, N. J., et al.: «The relationship among health beliefs, health values, and health promotion activity», en *Western Journal Nursing Reserarch*, 5, 1985, pp. 155-163.

BURT, J. J.: *Metahealth: A challenge for the future*, University of Maryland, 1984.

CALIFANO, J. A.: *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, Washington DC, US Government Printing Office (Stoke, n. 017-001-00416-2), 1979.

EUROPE TODAY. 1992, 102, pp. 1-2.

FISHBEIN, M; AJZEN, I.: *Beliefs, attitudes, intention and behaviour; an introduction to theory an research*, Reading, Mass., Addison-Wesley, 1975.

FLASKERUD, J. H.; RUEZ CALVILLO, E.: *Beliefs about AIDS, Health and Illness among Low Income Latin Women*, en prensa, 1992.

GREEN, L. M.: «Determining the impact and efectiveness of health education as it is related to federal policy», en *DHEW Contract*, 54, 1976, pp. 74-75.

HARRIS, P. R.: *Promoting health-preventing disease: objetives for the nation*. Washington, DC, US Government Printing Office, 1980.

HU, D. J., et al.: «Communicating AIDS information to Hispanics: the importance of language and media preference», en *American Journal of Preventive Medicine*, 5, 1989, pp. 196-200.

JONAH, B. A.; DAWSON, N. E.; SMITH, G. A.: «Effect of a selective traffic enforcement program on seat belt usage», en *Journal of Applied Psycology*, 67, 1982, pp. 89-96.

MAHONEY, M. J.; THORENSEN, C. E.: «Self-control: power the person», en *Montery*, 1980, pp. 285-296.

MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT. «Condoms for prevention of sexually transmited diseases», 1987.

MORRISON, D. M.: «Adolescent contraceptive behaviour: A review», en *Psychological Bulletin*, 98, 1987, pp. 538-568.

MUHLENKAMPF, A., et al.: «Social support and positive health practices among the eldery», *Comunicación a la 16th Annual Comunicating Nursing Research Conference*, Western Interstates Commission for Higher Education, Boulder, Col., 1983.

PAVLOV, I.: *Conditioned reflexes*, Londres, Oxford University Press, 1927, reimpreso en 1960, Nueva York y Londres, Dovr.

POLAINO-LORENTE, A.: *Educación para la salud*, Barcelona, Herder, 1987.

REMINGTON, R. D.: «Smoking US data base and trends», en *Artherosclerosis Review*, 7, 1980, pp. 285-296.

RODENSTOCK, I. M.: «Historical origins of the Health Belief Model», en *Health Education Monographs*, 2, 1974, pp. 409-419.

SCHERINER, W. S.; APRIL, K.: «Zur Frage der Schutzwiking des Kondoms gegen HIV-infektionen», en *Schweizeriches medizinisches Wochenschrift*, 120, 1990, pp. 972-978.

SHEERAN, P., et al.: *The structure of student's post-AIDS attitudes for condoms: age, sex and experience of use*, 1992, pro man.

SHERR, L.: *The use of condoms in the light of the AIDS issue*, paper presented at the British Psychological Society London Conference, 1987.

SKINNER, B.: *The behavior of organisms*, Nueva York y Londres, Appelton-Century-Crofts, 1938 (trad. esp: *La conducta de los organismos*, Barcelona, Fontanella, 1979).

SPEARS, R., et al.: *Social judgements of sex and blame in the context of AIDS: Gender and linguistic frame*, manuscript in submission.

STEINBOCK, M.; JACOBSON, A.; MOHLER, J.; DAVIES, D.: «The goal attainment sacle: instructional guide for the delivery of social renforcement», en *Archives of General Psychiatry*, 34, 1977, pp. 923-926.

THE JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES, 158, 2 VIII, 1988, p. 275.

THE LANCET, 1:1, 1989, 111.

THORNDIKE, E.: *Animal intelligence*. Nueva York, Macmillan, 1911, reimpreso en 1965, Nueva York y Londres, Haffner.

TOMÁS DE AQUINO: *Summa Theologiae*, I-IIa, q. XLIX, a. II, ad. III.

ZUBIRI, X.: «El hombre, realidad personal», en *Revista de Occidente*, año I, 2.ª época, I, 1963, p. 10.

25. LA ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

A. Brugarolas Masllorens

Introducción

El llamado debate sobre la eutanasia ha conmovido valores humanos, culturales y sociales considerados fundamentales para nuestra civilización, pero de manera especial ha perturbado los principios médicos sostenidos durante cuatro milenios: el valor sagrado de la vida humana y la lucha infatigable contra la enfermedad. No puede justificarse matar a un inocente aunque éste sea un enfermo grave con una existencia limitada.

Los proponentes de la eutanasia han utilizado un exquisito repertorio de eufemismos: la calidad de vida del enfermo terminal, la libertad de morir a voluntad, la obtención de una muerte sin sufrimiento, la proporcionalidad entre la utilidad, el coste o el posible beneficio de la vida restante u otros, con el fin de apelar a los derechos humanos o a la solidaridad social cuando la cuestión encubre tan sólo utilitarismo.

Un factor decisivo, aunque no bien estudiado en este debate, ha sido la carencia de profesionalidad frente al enfermo terminal y moribundo por parte de los médicos. Si uno hace una lectura atenta al curriculum académico resulta evidente que no se contempla esta materia aunque de hecho es inseparable del ejercicio profesional.

Parece por lo tanto indicado subsanar este defecto. Debe enseñarse, tanto en el pregrado como en el tercer ciclo, el síndrome terminal de enfermedad y la atención al moribundo asegurando el aprendizaje (conocimientos, habilidades o destrezas y actitudes) de los cuidados médicos.

A continuación se describe el contenido de ambas entidades.

Síndrome terminal de enfermedad

El acto médico —curar, aliviar y consolar— permanece inmutable durante la fase recuperable de la enfermedad, la enfermedad terminal y la fase de agonía. Solamente la naturaleza de algunas acciones cambia en cada una de las fases de la enfermedad. Mientras las acciones curativas constituyen el arsenal común del tratamiento de la enfermedad recuperable, la mayoría de las acciones durante la enfermedad terminal van destinadas a aliviar y, sin perder de vista la naturaleza de ambas, el consuelo es posiblemente el acto médico primordial durante la agonía (Tabla 1).

La enfermedad terminal, mejor enunciada como el síndrome terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo. Se presenta comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles. En la Tabla 2 se recogen las entidades más frecuentes que cursan hacia la enfermedad terminal.

El síndrome terminal de enfermedad precede a la muerte siempre que ésta no llega violentamente por accidente o por enfermedad aguda.

TABLA 1: *Etapas médico-terapéuticas*

Persona sana	Enfermo terminal	Enfermo moribundo
Enfermedad recuperable	Enfermedad irreversible	Complicación mortal y enfermedad irreversible
Curar Aliviar Consolar	*Aliviar* Consolar	*Consolar* Aliviar

TABLA 2: *Enfermedades más frecuentes que conducen al síndrome terminal de enfermedad*

Arterioesclerosis (hipertensión arterial, miocardiopatía, diabetes, senilidad).
Cáncer.
Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
Cirrosis hepática.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

1. Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome terminal de enfermedad se basa en la existencia de los siguientes factores: a) Enfermedad causal de evolución progresiva, b) Pronóstico de supervivencia inferior a un mes, c) Ineficacia comprobada de los tratamientos, y d) Pérdida de la esperanza de recuperación.

a) Enfermedad causal de evolución progresiva

La enfermedad causal ha cursado con períodos de mejoría, períodos de estabilización y períodos de exacerbación o progresión. Durante las fases asintomáticas se han realizado maniobras preventivas o de erradicación. En los períodos de descompensación se han administrado los tratamientos convencionales, de eficacia comprobada. Al agotarse los tratamientos convencionales, en las fases de reagudización, se han ensayado nuevas estrategias, los últimos avances disponibles e incluso en algunos casos tratamientos experimentales.

Es indispensable la presencia de enfermedad evolutiva, progresiva, para establecer el diagnóstico de enfermedad terminal, cuando al mismo tiempo se cumplen los otros criterios diagnósticos mencionados.

b) Pronóstico de supervivencia inferior a un mes

Se ha podido comprobar que en el 90 por ciento de los enfermos terminales correctamente diagnosticados, la supervivencia es inferior a 1 mes. El cálculo de la supervivencia se efectúa a través de los datos clínicos de la enfermedad causal, las tablas de vida de las series de la literatura y la experiencia.

Los criterios clínicos para establecer el pronóstico de vida inferior a un mes son: mal estado general e insuficiencia orgánica (única o múltiple) grave.

Mal estado general: El mal estado general se corresponde clínicamente con la enfermedad terminal cuando coincide con debilidad severa, impide el cuidado y la higiene personal, se asocia a incapacidad para atender cualquier actividad, obliga a guardar cama casi todo el día y existe deterioro progresivo en las funciones orgánicas básicas (alimentación, descanso, vida de relación). Por consiguiente no entra en esta categoría el déficit del estado general secundario a problemas neurológicos, osteomusculares u otros.

Insuficiencia de órgano: Insuficiencia pulmonar, renal, hepática, cerebral u otra, evidenciable por la pérdida funcional y las alteraciones semiológicas y analíticas.

En los casos de enfermedad terminal por cáncer la insuficiencia de órgano depende del lugar predominante de las metástasis: hígado, pulmón, cerebro, etc. Las metástasis óseas, peritoneales, ganglionares, así como las de otras localizaciones no provocan una insuficiencia orgánica incompatible con la vida, pero implican inmovilidad, permanencia en cama, dificultades para la alimentación, hidratación parenteral, etc., que se acompañan de alta morbilidad debida a complicaciones tales como flebitis, escaras de decúbito, infecciones y otras. También es aplicable a la enfermedad terminal por senilidad.

Los datos clínicos indican el grado de lesión o insuficiencia orgánica, permitiendo estimar el inter-

valo de tiempo en el cual dicha insuficiencia o lesión evolucionará hasta causar la muerte directamente o a través de complicaciones letales. Con alguna frecuencia la estimación de la supervivencia es errónea, por falso diagnóstico, por estabilización de la enfermedad en la fase terminal, por mejoría transitoria médica inexplicable o por otras causas. Por este motivo se considera imprudente poner plazos en la enfermedad terminal. Se trata únicamente de un criterio cuya presencia es necesaria, aunque la fiabilidad del mismo sea solamente aproximada.

c) Ineficacia comprobada de los tratamientos

El tratamiento de la enfermedad forma parte del abordaje convencional de cada patología, bien sea cáncer, cirrosis o enfermedad pulmonar severa. Mientras no se han agotado los tratamientos disponibles no puede hacerse el diagnóstico de enfermedad terminal porque no se cumple el criterio de irreversibilidad.

La existencia de tratamientos alternativos con probabilidades bajas de producir una mejoría puede condicionar también el diagnóstico de enfermedad terminal hasta haber observado si existe respuesta a los mismos. Los nuevos avances terapéuticos pueden lograr mejorar la supervivencia también, remontando una situación clínica muy grave. Por este motivo el cumplimiento de este criterio ha de basarse en la consulta de especialistas bien informados, quienes pueden asegurar que se han realizado todos los tratamientos adecuados sin obtener resultados favorables.

d) Pérdida de la esperanza de recuperación

La ausencia de tratamientos alternativos útiles induce sentimientos de impotencia y pérdida de la confianza en obtener una mejoría. Estos sentimientos suelen producirse tanto en el médico como en el enfermo y la familia. Asimismo se genera la idea de entrar en una fase intratable que es el preludio del fin. Habitualmente existe una correspondencia entre las expectativas del médico y las del enfermo y la familia, aunque no haya existido una conversación detallada.

2. Tratamiento

En la enfermedad terminal se toman decisiones múltiples y complejas. La responsabilidad debe ser tomada por el equipo médico y al mismo tiempo el enfermo y la familia. Con frecuencia la participación del paciente está restringida debido al mal estado general, al grado de conocimiento e información que tiene o al estado de sus funciones mentales.

Con frecuencia los tratamientos o cuidados médicos y de enfermería están condicionados según las manifestaciones clínicas, a menudo imprevisibles.

La concepción moderna del síndrome terminal de enfermedad se orienta a tres áreas de actuación cuyos objetivos concretos, deben ser definidos con precisión:

a) *Aspectos psicosociales*. Comunicación. Información al paciente y familiares. Respeto a la voluntad de los mismos. Asesoramiento. Aspectos emocionales

b) *Tratamientos y cuidados médicos específicos*. Soporte vital. Alimentación. Higiene.

c) *Organización de cuidados continuados*. Previsiones de asistencia.

A continuación se desarrollan los contenidos y los objetivos más importantes en cada una de estas áreas.

a) Aspectos psicosociales

Es imprescindible entablar una relación interpersonal que favorezca la comunicación. Se trata médicamente de demostrar que se comprenden las limitaciones y las exigencias, tanto del paciente como de la familia, haciendo notar la intención de colaborar «sin límites», es decir, proporcionar asistencia profesional las 24 horas, atención a la familia con permisos extraordinarios (visitas, pernoctas u otras necesidades), respeto a la intimidad (habitaciones individuales, aislamiento vigilado discretamente), etc. Por este motivo se deben dar explicaciones sencillas y claras garantizando el diálogo en todas las actuaciones para asegurar la aquiescencia del enfermo y de la familia

Una parte fundamental de la información es decir la verdad. Decir la verdad al paciente comprende varias cosas al mismo tiempo: es no mentir, es averiguar lo que el paciente quiere saber para evitar dar información no querida y también es eludir contestaciones a preguntas indirectas. Decir la verdad por otra parte no significa transmitir o aumentar el temor, la ansiedad o la preocupación y por eso a veces no se debe decir al enfermo todo lo que se sabe o se piensa de su

estado. Debe proporcionarse la información relacionada con la gravedad clínica sin dar plazos a la vida, manteniendo una prudente reserva e indicando el desconocimiento médico en relación a la evolución clínica así como la aparición de nuevos síntomas o complicaciones.

La familia debe estar informada con datos más concretos especialmente cuando aparecen nuevas complicaciones o síntomas, pero en relación a ésta también deben guardarse con prudencia las reglas de no poner plazos de vida y expresar reservas hacia una estabilización o mejoría transitoria.

La finalidad de la comunicación e información es desarrollar una estrategia coordinada entre el médico, la enfermera y el paciente o la familia para evitar la ansiedad y los sentimientos de culpa.

Aparte de la propia enfermedad y los síntomas que ésta genera el entorno psicosocial también es fuente secundaria de muchas preocupaciones que afectan al enfermo y a la familia: dificultades económicas, organización en torno al hogar (sobre todo si conviven niños o ancianos), absentismo laboral o cansancio de los miembros de la familia, etc. Todos ellos son factores que inevitablemente contribuyen al estrés emocional del enfermo terminal. Por este motivo es útil conocer las circunstancias que concurren en cada situación.

En todo caso debe seguirse la voluntad del paciente, entendiendo que éste debe disponer de la información adecuada para tomar decisiones. Muchas veces las decisiones del enfermo pueden ser confrontadas con las recomendaciones médicas buscando la solución más apropiada que el paciente pueda aceptar.

Otro aspecto importante de la actuación del médico y de la enfermera es proporcionar serenidad. Puede ser conveniente hablar de la muerte con el propio enfermo, si es que lo desea: la experiencia suele ser fructífera y genera profundo afecto. Cuando la confianza da paso a la intimidad, la enfermera y el médico son frecuentemente invitados a asistir a confidencias personales donde se muestran aspectos personales no bien resueltos y en los cuales es obligado hacer las gestiones oportunas. Tales gestiones pueden relacionarse hacia las últimas voluntades testamentarias, avisar a amigos o familiares, proporcionar la visita del sacerdote, etc. El sentido común y la prudencia deben informar sobre la conveniencia de avisar a la familia, cuidando en no quebrantar el debido secreto profesional.

Es aconsejable visitar con frecuencia al enfermo terminal, por lo menos dos veces al día el médico y con mayor tiempo aún la enfermera, para evitar el sentimiento de abandono e inutilidad. A veces hay que conversar durante las horas de la noche, porque en ella se presentan con mayor repercusión emocional el temor y la soledad.

Se han descrito etapas psicológicas en el proceso de la enfermedad grave que conduce a la muerte. Kubler-Ross ha señalado las siguientes: rebelión y negación, frustración y negociación, depresión y aceptación. Forman un conjunto evolutivo y algunas veces ocurren de modo simultáneo. En el enfermo terminal puede predominar la frustración, la depresión y el temor, aunque siempre existe un resquicio por donde se descubre la presencia de una gran esperanza, habitualmente mantenida hasta casi el final, cuando deja paso a la aceptación de la muerte como algo irremediable.

El médico y la enfermera deben estar avisados para comprender, por las pequeñas pistas que proporciona el enfermo, su estado anímico. Es fundamental prestar apoyo contra la ansiedad y la depresión mediante la comunicación (siempre) y los medicamentos (a veces). Una estrategia de pequeños objetivos fácilmente alcanzables, como la atención a la higiene y el cuidado personal, la alimentación, la conversación con amigos y visitas, la movilización y el descanso, presentada como logros y esfuerzos, ayuda a mantener la conexión con la realidad proporcionando mecanismos de defensa contra el temor y la ansiedad.

Con frecuencia se trata con demasiada seriedad al enfermo grave. Por el contrario la conversación corriente, sobre noticias o hechos actuales, incluso con talante de buen humor, proporciona un alivio insospechado e infunde alegría. No hay que olvidar que aun en medio del peor drama existe una enorme reserva de esperanza, optimismo y alegría en el ser humano, y despertar sentimientos de este tipo supone tal vez el mejor remedio contra la tristeza y la depresión.

El enfermo terminal a veces no comprende bien las razones de su enfermedad, sufrimiento, etc. El consuelo humano, animándole a aprovechar espiritualmente la situación, devuelve la paz en los momentos más difíciles. Solamente en la medida en que el propio personal sanitario haya asumido el contenido del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte, es decir, la propia posibilidad de

enfermar, sufrir y morir, va a ser posible ofrecer estos conceptos al enfermo terminal.

b) Tratamientos y cuidados médicos específicos

Puede distinguirse entre el tratamiento causal de la enfermedad, destinado a proporcionar la regresión o estabilización de la misma y los cuidados médicos sintomáticos. En la enfermedad terminal se han agotado los primeros y los segundos representan el campo donde tiene lugar la actuación médica y los cuidados de enfermería. Las manifestaciones clínicas que requieren tratamientos y cuidados específicos durante la enfermedad terminal son muy variadas: muchas veces precisan asistencia hospitalaria bajo la atención cualificada de especialistas.

En la Tabla 3 se recogen ordenados por aparatos y sistemas algunos de los síntomas y signos más frecuentes, así como el tratamiento y los cuidados recomendables, que representan actuaciones de uso corriente.

La finalidad inmediata de estos cuidados y tratamientos es aumentar la calidad de la vida en la fase terminal de la enfermedad. Los objetivos concretos se pueden desglosar en los siguientes: aumentar el período de descanso y sueño del enfermo y de la familia, aumentar la comunicación y la actividad física del paciente, disminuir los sentimientos de impotencia o de culpa, y procurar la atención en el propio domicilio si se considera factible.

La planificación terapéutica debe ser esmerada, y se puede ofrecer un programa óptimo de acuerdo a las siguientes bases:

1. Tratamiento adecuado del dolor.
2. Valoración de la ansiedad-depresión.
3. Cobertura completa durante todo el día.
4. Equipo multidisciplinario que pueda tratar las diversas manifestaciones.
5. Valoración y tratamiento aislado de cada uno de los síntomas.
6. Conocimiento de la estrategia por el paciente.

El dolor es un síntoma frecuente en la enfermedad terminal, especialmente en el cáncer, donde lo presentan aproximadamente 70 por ciento de los enfermos. El fracaso en el tratamiento del dolor es incomprensible ya que existen suficientes remedios para controlar cualquier tipo de dolor. Desde la perspectiva moral, puede administrarse todo cuanto sea necesario, aunque la medicación administrada acorte la vida, si la intención es controlar el dolor (principio del doble efecto). Es muy frecuente que el control del dolor sea el principal problema del enfermo.

Los motivos de fracaso en el control del dolor a veces se deben al propio enfermo: no medicarse por creer que el dolor es inevitable o intratable, temor al hábito o a los efectos secundarios, falta de colaboración familiar por las mismas causas y falta de comunicación al médico o a la enfermera. Por parte del médico y la enfermera también hay motivos de fracaso cuando lo consideran inevitable o intratable, cuando prescriben o administran analgésicos sin pautar (solamente PRN), cuando no conocen bien los fármacos disponibles (pautas, dosis, asociación de coanalgésicos), cuando no efectúan un seguimiento cercano valorando la eficacia de la medicación prescrita y cuando no dan apoyo afectivo (el *tender and loving care* de la enfermería anglosajona). Estos fracasos son subsanables y exigen la correcta formación profesional: corregir las actitudes negativas es tan importante como conocer bien las pautas más eficaces de la farmacología.

El empleo de psicofármacos ayuda a controlar la ansiedad o la depresión, el temor, el insomnio y sirve también para potenciar los analgésicos. La finalidad de su empleo es disminuir las reacciones emocionales sin llegar a perder la lucidez mental, aunque a veces es necesario llegar a cierto grado de obnubilación o confusión para conseguir aliviar los síntomas. Es lícito moralmente provocar la pérdida de funciones superiores cuando se persigue controlar síntomas adversos (principio del doble efecto), aunque se aconseja procurar períodos de vigilia para que el enfermo pueda comunicarse y realizar algunas actividades.

c) Organización de cuidados continuados

Existen tres modalidades de asistencia al enfermo terminal: en el domicilio, en centros especiales y en el hospital donde ha sido tratado antes.

Enviar al enfermo terminal a su domicilio se justifica por motivos humanos: compañía de los seres queridos, ambiente propicio y posibilidad de combinar atenciones especiales sin consideración al horario o al espacio físico.

Frecuentemente, sin embargo, en la enfermedad terminal, cuya duración puede ser de semanas, existen síntomas alarmantes que provocan ansiedad, sufrimiento, y no pocas veces sentimientos de culpa a la familia. Es lógico que exista una

TABLA 3: *Síntomas y signos frecuentes en la enfermedad terminal y recomendaciones terapéuticas*

SÍNTOMAS Y SIGNOS		TRATAMIENTO
Dolor		Estrategia formas: analgésicos pautados, valoración continuada
Ansiedad, depresión		Psicofármacos
Agitación, confusión		Psicofármacos
Síntomas neurológicos:	Convulsiones	Anticonvulsivantes
	Compresión medular	Radioterapia decompresiva
	Hipercalcemia	Tratamiento específico
Síntomas cardiorrespiratorios:	Anemia	Transfusión
	SVCS	Radioterapia-Citostáticos
	Disnea	Corticoides. Oxigenoterapia
	Derrame pleural	Toracocentesis
	Tos	Codeína
	Hemoptisis, estertores	Aspiración. Tratamiento etiológico
	Infecciones	Antibióticos de uso común
	Hipo	Sedantes
Afecciones cutáneas:	Úlceras	Curas tópicas
	Sudoración, fiebre	Naproxen
	Prurito	Fármacos quelantes
	Secreciones malolientes	Curas, higiene
Síntomas digestivos:	Estreñimiento	Profilaxis
	Diarrea	Antidiarreicos
	Náuseas, vómitos	Valoración etiológica. Antieméticos
	Incontinencia	Antidiarreicos. Higiene
	Ascitis	Valoración etiológica. Paracentesis
	Obstrucción intestinal	Aspiración digestiva
	Disfagia	Sonda nasogástrica
	Anorexia	Plan dietético: caprichos
	Gastritis, ulcus péptico	Antiácidos, cimetidina, dieta
	Ictericia obstructiva	Drenaje biliar externo
Síntomas urinarios:	Retención vesical	Sonda vesical
	Incontinencia	Sonda vesical
	Hematuria	Lavados. Radioterapia. Fármacos
	Obstrucción ureteral	Cateterización. Urostomía
Síntomas cabeza y cuello:	Obstrucción aérea	Traqueostomía
	Infecciones	Antibióticos. Fungicidas
	Disfagia	Sonda nasogástrica
Otros:	Deshidratación	Hidratación endovenosa
	Alter. electrolíticas	Hidratación endovenosa
	Edemas	Vendajes. Diuréticos
	Diabetes	Tratamiento habitual
	Hipertensión arterial	Tratamiento habitual

resistencia a la idea de morir lentamente en el domicilio cuando estos síntomas o manifestaciones se encuentran presentes, lo cual hace que esta alternativa sea poco menos que inviable si no se dispone de un sistema eficaz de atención domiciliaria.

En cualquier caso la permanencia en el domicilio debe quedar abierta a la posibilidad de admisión en un centro hospitalario cuando se presenta una complicación intratable o se agrava la enfermedad. Es extraordinariamente complicado organizar en el domicilio maniobras tan simples como hidratación parenteral, cuidados antiescara y otras actuaciones comunes.

Una segunda posibilidad es la atención en hospitales especiales, asilos para crónicos, hospicios (equivalente anglosajón de hospital para enfermos terminales) u otros similares. El rechazo sanitario o social de algunas enfermedades ha generado históricamente la creación de centros monográficos, sean leproserías, hospitales psiquiátricos, sanatorios antituberculosos, centros de cáncer y actualmente hospitales para enfermos terminales.

En el caso de la enfermedad terminal los hospitales monográficos han despertado mucho interés ya que en pocos años han demostrado capacidad para absorber y tratar este tipo de enfermos aportando las medidas clínicas y humanitarias debidas. Se trata de centros con reglamentos especiales que facilitan la presencia constante de la familia alrededor del enfermo, y en donde se ofrecen los cuidados y tratamientos oportunos para cada situación. El trabajo del médico y de la enfermera, presentado como objetivos centrados en la calidad de vida y el control de los síntomas indeseables es gratificante. Evidentemente los resultados han sido bien aceptados por la comunidad.

Aspectos destacables son que dichos centros pueden instalarse en antiguos hospitales, sean psiquiátricos, antituberculosos u otros y que el personal necesario puede entrenarse en breve período de tiempo. Valga apuntar aquí el efecto saludable que puede producir sobre las instituciones públicas, el paro y la comunidad social (tercera edad, enfermos crónicos, etc.).

Un aspecto importante de los hospitales para enfermos terminales es el reconocimiento de los mismos por el enfermo quien, al conocer el nombre del centro, inmediatamente se apercibe de su situación terminal. Este hecho obliga a que antes de efectuar el traslado, bien sea desde el domicilio, bien desde otro hospital, se haya comunicado con delicadeza la situación terminal al propio enfermo.

Por último queda la atención continuada en el hospital más cercano, o en el hospital donde se ha tratado al enfermo con anterioridad. Esta modalidad es la más utilizada y lógicamente refleja el comportamiento normal: el paciente ha ingresado en diversas fases de la enfermedad y conoce al equipo sanitario con quien tiene una relación de afecto y confianza. En cada ingreso ha encontrado algún alivio o control de la enfermedad exacerbada y no ha abandonado el hospital hasta que ha recuperado las condiciones de regresar a su domicilio. Resulta relativamente fácil para la familia y para el propio enfermo reingresar y canalizar las últimas atenciones sanitarias si se le permite continuar en el mismo centro.

Por este motivo, salvo que exista un sistema organizado que supla las necesidades de otra forma, el hospital donde se ha tratado al enfermo previamente es el centro donde posiblemente vaya a morir.

En algunos hospitales se rechaza la atención al enfermo terminal argumentando falta de personal, inutilidad terapéutica, problemas económicos, presión asistencial u otras razones, que en realidad encubren falta de interés o preparación de los equipos médicos.

Una alternativa razonable para estos centros puede ser la creación de Servicios de Cuidados Paliativos. Dichos servicios pueden asimilar enfermos con distinto diagnóstico y establecer los programas necesarios para la atención domiciliaria o en el propio hospital. La atención del enfermo terminal es multidisciplinaria y debe contar con un equipo de diferentes profesionales: médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes o religiosos y también movimientos voluntarios altruistas.

Existe un gran campo para el desarrollo científico de los conocimientos sobre el síndrome terminal de enfermedad basado en el estudio de la calidad de vida. La investigación cuidadosa de las medidas de soporte y los tratamientos paliativos en relación al grado de confort o bienestar del enfermo puede constituir una fuente inagotable de progreso clínico.

La agonía

La ética médica aporta tres principios en relación a la muerte: 1) Muerte personal; 2) Muerte natural; y 3) Bien morir.

La *muerte personal:* es decir de la persona en su totalidad, como un ser inteligente y libre, espiritual

y corporal, y no como un mecanismo biológico compuesto solamente de tejidos, órganos y sistemas. La muerte personal exige la autorrealización: el hombre debe ser consciente de su fin para dictar sus últimas voluntades, cancelar sus compromisos y prepararse social, familiar y espiritualmente. El médico puede colaborar de manera muy especial comunicando al enfermo grave la situación por el privilegio que le da la confianza, el respeto y el afecto del paciente.

La muerte debe *llegar naturalmente*: no puede ser preparada mediante la participación activa del médico o la enfermera, sea por administrar agentes letales o por omitir tratamientos o cuidados necesarios. Hay que instaurar en todo momento las medidas de soporte necesarias, continuar los cuidados físicos y psicológicos con la misma intensidad, modificando solamente la naturaleza de algunas intervenciones.

El médico debe *ayudar a bien morir*: otra obligación del médico hacia el enfermo grave es centrar científicamente la enfermedad terminal en el contexto apropiado.

Para el médico, ha escrito Ingelfinger, ayudar a morir con dignidad tiene un mensaje básico claro: asistir durante el proceso de la muerte al enfermo y a los familiares con honestidad y compasión.

Característicamente la enfermedad terminal está irreversiblemente unida a la muerte, lo cual implica otras obligaciones. Además de administrar los cuidados físicos y psicológicos necesarios, ha de esmerarse en evitar el sufrimiento y la inseguridad, así como acompañar hasta el final al enfermo agonizante. El médico tiene reservada una actuación nobilísima cerca de la muerte porque puede colaborar al bienestar espiritual del enfermo canalizando la asistencia religiosa.

Es relativamente fácil determinar el paso de la acción curativa a la acción paliativa del síndrome terminal de enfermedad porque la situación clínica lo muestra inequívocamente (ausencia de remedios útiles, deterioro progresivo orgánico, mal estado general, etc.), sin embargo hay mayores dificultades en definir cuándo debe cambiarse la lucha por mantener la vida por la lucha para asegurar una buena muerte. Aunque en ocasiones la muerte llega por deterioro lento progresivo, el hecho que marca habitualmente la transición entre el síndrome terminal de enfermedad y la fase de agonía es la aparición de una *complicación letal irreversible* (Tabla 4). La coexistencia de síndrome terminal de enfermedad y complicación mortal irreversible indica la entrada en la agonía, define al enfermo moribundo, porque la duración de la vida en estas circunstancias es muy corta. Es importante identificar esta situación para preparse e instaurar los cuidados finales: mantener el apoyo vital es menos importante que el consuelo y la advertencia al enfermo y a la familia.

La complicación irreversible final, tal como indica su nombre, no tiene posibilidad de recuperación en el contexto de la enfermedad terminal, aunque fuera de la misma pueda ser tributaria de diversas actuaciones. En la enfermedad terminal el posible tratamiento es impracticable o se encuentra contraindicado.

Efectivamente, en el enfermo terminal, no pueden efectuarse, porque son inútiles, los tratamientos aconsejables en complicaciones tales como fallo respiratorio, colapso circulatorio, oligoanuría, sepsis, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave o abdomen agudo. Cuando se cumplen los criterios del síndrome terminal de enfermedad previamente enumerados, no se debe y no se puede indicar el tratamiento quirúrgico, la reanimación cardiorrespiratoria, el uso de ventilación artificial, la hemodiálisis renal u otras maniobras en razón de la ineficacia e impracticabilidad del método. Es conveniente en tales casos identificar la situación y advertir a los familiares del enfermo

TABLA 4: *Diagnóstico de la fase agónica.*

DIAGNÓSTICO:	ENFERMO CRÓNICO →	SÍNDROME TERMINAL DE ENFERMEDAD +	COMPLICACIÓN LETAL IRREVERSIBLE →	ENFERMO MORIBUNDO
ACTOS MÉDICOS:	TRATAMIENTO CAUSAL	TRATAMIENTO PALIATIVO	ALIVIAR NO-RESUCITACIÓN	CONSOLAR
OBJETIVOS:	RECUPERACIÓN	CALIDAD DE VIDA	MORIR CON DIGNIDAD	AYUDAR A BIEN MORIR

sobre la contraindicación o imposibilidad de las maniobras terapéuticas, dejando constancia escrita sobre las órdenes de no resucitación cardiorrespiratoria y otras medidas oportunas. No se deben suprimir los cuidados y tratamientos útiles instaurados con anterioridad (véase Tabla 3) y se deben proporcionar únicamente las medidas imprescindibles para obtener el adecuado control sintomático.

En los momentos finales (horas o días) el tratamiento y los cuidados cambian a tenor de la situación de cada enfermo. En pacientes con estado confusional avanzado o en estado de coma los tratamientos sintomáticos más importantes —a veces por atención a la familia— se centran en los síntomas neurológicos (agitación, convulsiones), hipo, fiebre, vómitos, respiración estertorosa e higiene. En estos momentos el objetivo es tranquilizar a la familia en relación al estado de conciencia del enfermo y ayudar a hacer los preparativos oportunos.

Aunque habitualmente no se hace mención, también es importante la atención después de la muerte: preparación del cadáver, coordinación de estudios necrópsicos, gestiones de velatorio, traslados, conexión con la empresa funeraria y atención religiosa. La asistencia del médico y la enfermera a las exequias (funeral religioso y entierro) constituye el colofón final. El carácter profesional del médico y la enfermera se desvanece dando paso al afecto humano. La experiencia indica que esta actitud es gratificante ya que, después de todo, la relación humana ha sido intensa e íntima por breve que haya sido ésta.

También la muerte debe dar paso al acto científico mediante el estudio necrópsico que sigue siendo el paradigma de la formación continuada del médico y la fuente principal del progreso clínico.

En definitiva, desde la perspectiva médica, hay que defender al enfermo terminal y permitirle ocupar una cama hospitalaria que necesita, proporcionándole los cuidados y tratamientos oportunos. En pocas áreas de la medicina existe la riqueza vocacional y profesional de ésta, donde se conjugan los más altos valores de la compasión y el consuelo humano, junto con el sufrimiento y la lucha por la vida (así es etimológicamente el significado de *agonía*). El médico o la enfermera hacen en estos casos una labor profesional necesaria y absolutamente gratificante.

Bibliografía

DUNPHY, J. E.: «Annual discourse: on caring for the patient with cancer», en *The New England Journal of Medicine*, 295, 1976, pp. 313-319.

EVANS, C.; MCCARTHY, M.: «Prognostic uncertaintly in terminal care: can the Karnofsky index help?», en *The Lancet*, 1, 1985, pp. 1204-1206.

FORSTER, L. E.; LYNN, J.: «Predicting life span for applicants to inpatient hospice», en *Archives of Internal Medicine*, 148, 1988, pp. 2540-2543.

GIL, A. C.; HERRANZ, P.; CALVO, F. A.; FERNÁNDEZ HIDALGO, O; SANTOS, M.; SIERRA-SESUMAGA, L.; ANTÓN APARICIO, L. M.; BRUGAROLAS, A.: «Síndrome terminal de enfermedad: Criterios y actitudes», en *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 32, 1988, pp. 51-58.

HERMANN, J. F.: «Psychosocial support: interventions for the physician», en *Seminars in Oncology*, 12, 1985, pp. 466-471.

INGELFINGER, F. J.: «Empty slogan for the dying», en *The New England Journal of Medicine*, 291, 1974, pp. 846-847.

IRVINE, P.: «The attending at the funeral», en *The New England Journal of Medicine*, 312, 1985, pp. 1704-1705.

KÜBLER-ROSS, E.: *On death and dying*, Nueva York, Macmillan, 1969.

LEVY, M.; CATALANO, R. B.: «Control of common physical symptoms other than pain in patients with terminal disease», en *Seminars in Oncology*, 12, 1985, pp. 411-430.

PARKES, C. M.: «Terminal care: home, hospitals or hospice?», en *The Lancet*, 1, 1985, pp. 155-157.

REGNARD, C. F. B.; DAVIES, A.: *A guide to symptom relief in advanced cancer*, Manchester, Haigh & Hochland, 1986.

SANZ ORTIZ, J.: «Principios y práctica de los cuidados paliativos», en *Revista de Medicina Clínica (Barcelona)*, 92, 1989, pp. 143-145.

SAUNDERS, C. M.: *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, Barcelona, Salvat, 1980.

SCHOENE-SEIFER, B.; CHILDRESS, J. F.: «How much should the patient know and decide?», en *CA*, 36, 1986, pp. 85-94.

STODDARD, S.: *The Hospice Movement: A better way of caring for he dying*, Londres, Jonathan Cape, 1979.

26. COMUNICACIÓN Y VERDAD EN EL PACIENTE TERMINAL

E. Domènech Llavería y A. Polaino-Lorente

Introducción

Corría el año 1943, cuando en plena guerra mundial, el escritor francés Bernanos escribió que no se puede juzgar a un hombre antes de su muerte; la muerte es la que da sentido a nuestro destino. Esta afirmación pone de manifiesto la importancia y el valor que tiene la última página de la biografía de un hombre: la que se escribe en los últimos minutos, días o tal vez semanas, inmediatamente antes de que el libro de la vida definitivamente se cierre.

Hasta el instante de su muerte toda persona es libre de variar, modificar o rectificar su propia historia. Tolstoi describe en una de sus novelas el vacío y sin sentido de la vida de Yvan Ylyich, su personaje principal. Este hombre, de repente, se da cuenta antes de morir de que su verdadera enfermedad no es orgánica, sino psíquica. A partir de ese instante dejará de aparentar y hacer teatro, se pondrá a chillar durante tres días y, por primera vez, aprenderá a querer a los demás. Curiosamente, también desde entonces, dejará de temer a la muerte.

Cualquier hombre debería tener la oportunidad de vivir en plenitud y con la máxima lucidez, si así lo desea, la última etapa de su existencia. Hay bastantes personas, de las que ya nos han precedido en este trance, que han demostrado con hechos que esto es posible, a pesar del sufrimiento y las limitaciones físicas, habituales compañeros de camino en esas circunstancias.

La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. Vivir y morir forman parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir (Gol, 1986). Cada vida humana que se apaga en el silencio es un misterio que apenas pueden intuir los que están a su lado. Nadie puede sustituir al moribundo, ni tan siquiera comprenderle, pues por mucho que alguien intente ponerse en su lugar, siempre continuaremos estando muy lejos y distantes de quien agoniza (Polaino-Lorente, 1991). El que se muere lo hace a solas consigo mismo; nadie puede hacerlo por él. Morirse es una experiencia individual y única.

La muerte constituye una situación límite íntimamente relacionada con la personal trayectoria biográfica y las actitudes ante la vida que se hayan tenido. Estas actitudes marcarán sus vivencias y orientarán el comportamiento que se manifiesta en la denominada fase terminal, cuando la hay, que no siempre así acontece. La atención al enfermo en esta fase terminal constituye una de las funciones más importantes e ineludibles del médico, para la que, paradójicamente, casi no recibe en la actualidad ningún tipo de información.

Muerte y cultura en la sociedad actual

Todas las épocas han tenidos sus tabúes. Hace apenas un siglo, ningún padre se atrevía a hablar de sexualidad a sus hijos. Hoy la sexualidad se enseña en cualquier lugar.

Sin embargo, a nadie se le enseña a morir, ni en casa ni en la escuela. La pedagogía de la muerte debiera empezar desde el principio de la educación. Los padres no suelen hablar de la muerte con sus hijos, como tampoco los maestros con sus alumnos. Pero es más grave todavía que los médicos eviten hablar de ello con sus enfermos.

Nuestra cultura occidental prefiere ignorar la muerte. Tanto es así que el moribundo suele inhibir y ocultar sus sentimientos al respecto. Su comportamiento acaso esté justificado por resultarle extraordinariamente difícil disfrutar de la presencia y el apoyo de una persona en quien poder con-

fiar, de manera que sea posible comentar con ella lo que piensa e imagina acerca de su muerte. Para eso es menester tener su confianza, estar persuadido de que si le hace ciertas preguntas no le contestará con mentiras o evasivas.

Como señalan Mishara y Riedel (1986), las actitudes ante la muerte varían extraordinariamente según las diferentes culturas y las edades de las personas. El profesional de la salud que se acerca a dialogar con un enfermo en fase terminal debe saber que no puede actuar de la misma forma con un anciano, un adolescente o un niño. Es preciso tener en cuenta también cuál es el contexto social y cultural del paciente.

El contenido y significado de la fase terminal —la preparación para la muerte, el lugar donde se encuentra (hospital, casa, etc.), la agonía, los ritos que acompañan a la muerte, etc.— están vinculados a los valores fundamentales en que se cree y a las costumbres y tradiciones que presiden ese momento histórico en la cultura a que se pertenece.

Hay sociedades en las que tan familiarizada está la persona con la experiencia de la muerte que ésta apenas se diferencia de un elemento cotidiano más, perfectamente integrado y como formando parte del vivir de la gente. En algunos pueblos, el cementerio está situado al lado de la Iglesia, en el centro del pueblo. Cuando alguien muere todos los familiares, amigos y vecinos velan el cuerpo del cadáver y le llevan de su casa a la Iglesia y al cementerio. Estas actitudes y tradiciones todavía persisten hoy en algunos pueblos rurales, pero tienden a desaparecer dejando paso franco a otros comportamientos completamente distintos y característicos de las grandes ciudades modernas y urbanizadas.

En estas últimas lo que predomina es el fenómeno denominado por Van den Berg «ausencia de la muerte» (Walters y col., 1974), consistente en que, sencillamente, a la muerte no se la menciona. El hombre urbano de nuestro tiempo no quiere pensar en la muerte y por eso hurta su encuentro y se esconde de ella. Acaso por eso se prefiere no tener a los muertos en casa y enterrarles enseguida sin esperar ni un minuto más de lo que ordena la ley. Nada de particular tiene que en unas circunstancias como éstas, al que agoniza se le ofrezca tan sólo tecnología médica, cuanto más sofisticada mejor, y prácticamente nada más.

De forma paradójica, la muerte —como hecho impersonal y violento— está presente a diario en todos los hogares, a través de las pantallas de televisión. Tal vez por esto los niños de hoy reciben información, cada vez más temprana y abundante sobre los muertos, pero saben muy poco sobre la muerte y prácticamente nada sobre cómo afrontar la propia muerte. Es lógico que sea así, puesto que nadie les prepara para ello, sino que más bien se les deja abandonados a su (mala) suerte, animándoles a que formen ellos mismos sus ideas sobre la muerte, a partir de una información sesgada y a menudo contraproducente.

Parece lógico que estas actitudes influyan en la comunicación con el informe terminal. Si no se sabe hablar de la muerte con los niños, menos se sabrá hablar de ella con el que está a punto de morir. La seguridad que generalmente ofrecían, hasta hace muy pocos años, las prácticas religiosas en torno al moribundo han sufrido también el impacto de los vertiginosos cambios sociales recientes y, dentro de la actual confusión, es posible que estas prácticas tradicionales tal vez vuelvan a recuperarse en un futuro próximo. Los propios médicos pueden encontrarse inseguros y desorientados para asistir a sus enfermos cuando fracasan los tratamientos biológicos. La crisis que afecta a nuestra sociedad es fundamentalmente una crisis espiritual, por lo que es lógico que en una situación como la descrita, las personas no sepan morir y tampoco sepamos cómo atender correctamente a los moribundos.

A pesar de encontrarnos en esta situación, bajo ningún concepto el médico debería desentenderse de la asistencia al enfermo terminal. Las líneas que siguen constituyen una muestra del interés que tienen los autores de este capítulo, en tanto que médicos psiquiatras, por resolver estos problemas.

El concepto de enfermo terminal

Holland (1982) definió al enfermo terminal como aquel paciente que no ha respondido a ninguna de las medidas curativas que se conocen y le han sido aplicadas y, por consiguiente, el único objetivo del tratamiento que ahora cabe aplicarle es el de proporcionarle el máximo bienestar.

Holland ha trabajado y escrito copiosamente sobre el enfermo terminal y ha puesto en entredicho las fases y estadios psicológicos por los que pasaría, según Kübler-Ross (1983), todo enfermo antes de morir. Kübler-Ross describió y publicó

por primera vez en 1969 estas etapas, alcanzando un gran éxito editorial —sólo en los dos primeros años su libro consiguió la 8.ª edición—, contribuyendo mucho con su ensayo a sembrar inquietudes respecto de la comprensión y atención del moribundo.

Cuando analizamos la concisa definición de Holland, enseguida encontramos en ella dos ideas fundamentales: la de la incurabilidad y la del fracaso terapéutico de los recursos médicos. Sin embargo, nada se afirma respecto de otras variables relevantes como el tiempo que tardará en producirse el desenlace fatal, la mayor o menor probabilidad de que esto ocurra o la irreversibilidad del fenómeno.

A pesar de estas ausencias en la definición de Holland, las ideas de irreversibilidad y de muerte próxima e inevitable acuden a la mente de todos cuando pensamos en el enfermo terminal. A nuestro parecer, es a las dos últimas características mencionadas a las que debemos atribuir los principales cambios que, desde fecha reciente, suelen producirse en el entorno del enfermo, cuando se le etiqueta con el calificativo de «terminal».

Otros autores entienden por enfermo terminal aquel paciente en el que por las actitudes y comportamientos de los familiares y del personal sanitario que le atiende, puede considerarse que va a morir enseguida. Es ésta una definición, si se quiere, de tipo asistencial o institucional, pero no por eso menos operativa.

Para algunos autores, el enfermo terminal connota una denominación desacertada, por estar dotada de un significado marginante. Desde esta perspectiva, el enfermo terminal se presenta como una persona que sigue siendo la misma de siempre y que, sin embargo, es integrada en un grupo aparte, en el que ya no se puede actuar eficazmente y cuyo testimonio personal constituye una evidencia insoportable de nuestro fracaso como profesionales. De ahí que los cambios en las actitudes y comportamientos de las personas que rodean al enfermo terminal tiendan a aislarlo y marginarlo, manteniéndole separado incluso de aquellas personas que, precisamente, más próximas necesitaría sentir, en una etapa tan crucial como ésta.

Pero el enfermo terminal no ha cambiado por el hecho de entrar en esa nueva etapa. El paciente continúa siendo la misma persona que antes. Son los demás, los que le rodean, los que cambian. Esta aclaración debería estar en la mente de todos los que se dedican a cuidar enfermos graves. Las necesidades emocionales de la persona a la que cuidan son las mismas de siempre, sólo tal vez un tanto intensificadas por los acontecimientos que ahora está viviendo.

Contrasta este modo de proceder con lo que es la vida humana. En efecto, ninguna vida humana es necesaria, por lo que en cierto modo toda vida humana es terminal. Si a esto añadimos el hecho empírico —fácilmente comprobable— de que nadie puede considerarse completamente sano, entonces debiera entenderse cualquier vida humana como potencialmente terminal. No considerarlo así nos situaría en la ingenuidad y la utopía. Nadie que esté en su juicio puede andar por la vida como si no se fuera a morir nunca, a pesar de ese sentimiento, tan connatural al hombre, por el que nos apropiamos nuestra vida como liberada de toda amenaza. He aquí una razón más para considerar que los enfermos terminales sí van con nosotros, que no constituyen algo totalmente excepcional, es decir, que hay que relativizar el concepto y el mismo alcance de lo que entendemos por enfermo terminal.

En cualquier caso, la denominación de «enfermo terminal» nos parece desacertada por las connotaciones que tiene entre sus conocidos y familiares, lo que facilita una cierta marginación. Parece como si estas personas, que siguen siendo las mismas de siempre, formaran ahora un grupo aparte, en el que ya no se puede actuar eficazmente, y por eso resulta allí un tanto humillante la presencia del médico, que es vivida por estos profesionales como apenas el testimonio presencial insoportable del propio fracaso.

Pero ¿dónde establecer el límite entre un enfermo a secas y un enfermo terminal? Esta frontera resulta cada vez más difícil de establecer. Si por terminal se entiende aquel enfermo que se ha dado por perdido, tanto desde la perspectiva curativa como social, habremos de concluir que tal paciente no existe —o no debería existir—, porque el médico nunca debe abandonar al paciente. El médico siempre puede hacer algo más por aliviar su dolor y sufrimiento. El médico siempre puede estar a su lado si, como se supone, es un médico de personas y no sólo de organismos.

Además, si apeláramos a sólo un criterio de eficacia y rentabilidad habría que concluir que, en algunos casos, la partida podría abandonarse por parte del médico demasiado pronto. Esto es lo que sucede en el caso de muchos deficientes profundos, cuyas posibilidades rehabilitadoras son más

bien escasas. Tiempo atrás, la familia dejaba a algunos de estos niños sin participar en sus actividades habituales, segregándoles así —por imposibles— desde la más tierna infancia, y esperando, a veces durante años, una muerte que siempre tardaba demasiado en llegar.

Algunos de estos enfermos han sido tratados como «terminales», a pesar de no serlo en absoluto. Bastó para ello que la ciencia y la sociedad de entonces les etiquetara de irrecuperables. Para dejar de serlo ha sido suficiente que se consiguiera de ellos una cierta integración —cosa relativamente fácil de lograr cuando se emplean los procedimientos idóneos para sus encubiertas potencialidades—, bien en el ámbito de la familia o fuera de ella.

Establecer un diagnóstico de «terminal» es en la actualidad extraordinariamente complejo y arriesgado, incluso para el paciente que sufre una enfermedad de evolución fatal y que se encuentra en estado grave. Hay pacientes cancerosos que han sobrevivido a una etapa muy crítica de su enfermedad y que más tarde vuelven a trabajar. Lo mismo puede afirmarse respecto de algunos pacientes cardíacos que se han recuperado gracias a las técnicas quirúrgicas y de desfibrilación y a otras muchas personas, y ahora son capaces de llevar una vida productiva y normal después de haber sobrevivido a un coma prolongado durante bastantes días.

Establecer unos criterios operativos y fiables para el diagnóstico de enfermo terminal constituyen algo que resulta en la actualidad muy discutible. Lo que no resulta imposible es asistir a cualquier enfermo por grave que esté y por elevado que sea el riesgo de un precoz desenlace fatal. No olvidemos que, incluso en esas circunstancias, comunicarse con él y tratar de comprenderle constituyen una parte integrante del tratamiento que le es debido y, además, un deber ético que para el médico resulta irrenunciable, cualquiera que sea el punto de vista o el criterio que se haya adoptado sobre este particular.

La comunicación con el enfermo terminal

En este punto no hay lugar para las mentiras piadosas; aquí las mentiras son siempre perniciosas. ¿Qué significa esto? Significa que escamotear la verdad a una persona que libremente la desea acerca de un hecho fundamental para su existencia —como es el hecho de que pronto se va a morir— no es congruente con el tópico de la mentira piadosa. El problema que hoy se presenta, con demasiada frecuencia, es que ni el médico ni los estudiantes de Medicina disponen de la necesaria formación acerca de cómo informar sobre el tema de la muerte a un paciente moribundo. El estudiante termina sus estudios de Medicina sin saber qué hacer ante un enfermo moribundo. También algunos médicos generales y especialistas, incluso con años de ejercicio profesional, ignoran lo que deberían hacer, a este respecto, con un enfermo terminal, especialmente en lo que se refiere a la información que se le debería facilitar en relación con su propia muerte.

El hecho cierto es que el cambio de actitudes y comportamientos en el entorno del enfermo terminal es algo que hoy es muy frecuente. En esas ocasiones, lo ordinario es que al paciente se le aísle, creándose alrededor de él un extraño clima de sobreprotección y distanciamiento, entreverado en ocasiones de engaño, que ha sido justamente calificado con el término de «conspiración del silencio».

Esta situación se pretende justificar aludiendo a la necesidad de evitar al paciente el «trauma» que, seguramente, podría causarle conocer la gravedad del estado en que se encuentra. Los familiares más próximos quieren autoconvencerse de que el enfermo es mucho menos consciente de su situación de lo que suele ser. Quienes así piensan se olvidan de que en ocasiones el propio enfermo es moralmente más fuerte que los que le cuidan. En casos como éste es lógico pensar que la «conspiración del silencio» a quien realmente protege no es al enfermo, sino a sus familiares y cuidadores. De aquí que sean éstos quienes —acaso por sus temores y la angustiosa resonancia que en ellos produce la vivencia de la muerte— traten de hurtar al paciente y a sí mismos el enfrentarse con la situación y tomar las oportunas decisiones.

Es un deber del equipo sanitario, cuando se da esta circunstancia, comunicarse con el enfermo, familiares y amigos más próximos. Hemos mencionado la palabra equipo, porque esta tarea no es exclusiva del médico, sino que incumbe también a los otros profesionales de la salud —profesionales de Enfermería, asistentes sociales, terapeutas del comportamiento, fisioterapeutas, etc.— que de una u otra formas están fuertemente implicados en ese enfermo concreto.

Puede suceder otras veces que la persona mejor capacitada para ayudar a un determinado enfermo sea un auxiliar de Enfermería, dadas las peculiares características que en ella concurren de madurez personal, sensibilidad para entender a ese paciente, simpatía y profundidad del diálogo que hay entre ellos, etcétera.

La comunicación profunda con el enfermo terminal exige, previamente, haber tomado conciencia de la decadencia personal y de la propia muerte y haber superado la angustia que esto conlleva. De lo contrario, el profesional de la salud sólo verá en el paciente el reflejo de su propia y mal asumida muerte, por lo que difícilmente le podrá ayudar. El engaño, el distanciamiento y la innecesaria aplicación de técnicas agresivas durante esta etapa son manifestaciones que expresan bien la intención de huir de la confiada y profunda relación con la persona que se está muriendo.

En última instancia, el médico es también responsable de que al paciente no se le deje solo con su sufrimiento, en estas circunstancias. El médico debe intervenir personalmente siempre que, en su equipo o en la familia del enfermo, no haya nadie más capacitado que pueda y quiera hacerlo. A pesar de que haya otra persona que reúna estas características, el médico debe aportar siempre su ayuda, bien de forma indirecta o bien colaborando directamente con las personas que más estrechamente cuidan del paciente.

No debe olvidarse que esa relación entre el médico y el paciente forma parte —y parte importante e irrenunciable— del tratamiento que el paciente ha de recibir. A través de esa relación, el médico puede aliviar o aumentar las expectativas del paciente, aun cuando persistan y sean muy intensas sus molestias, más allá del tratamiento antiálgico que de forma adecuada está recibiendo.

Un acercamiento holístico al sufrimiento del paciente terminal permitiría captar mejor los componentes psicológicos, orgánicos, sociales y espirituales que en él se integran y, a su través, entender el alcance de su enorme complejidad.

Uno de los graves problemas de la medicina actual es la escasa formación humana que reciben los estudiantes en las facultades de Medicina para abordar el tema de la muerte. Del mismo modo, casi nada se les enseña respecto de las habilidades que son necesarias para relacionarse con el paciente, las estrategias para el afrontamiento del estrés, o el modo más conveniente para acercarse al paciente terminal y ayudarle a prepararse para esta etapa final.

A pesar de ello, las aportaciones, más bien escasas, sobre este tema han sido muy bien recibidas. Inicialmente, las que aparecieron a mediados de siglo procedían de psiquiatras como Eissler (*El psiquiatra y el paciente moribundo*) y Elizabeth Kübler-Ross (*Sobre la muerte y el moribundo*). En el trabajo de esta última se ponía de manifiesto la resistencia de los médicos y estudiantes de Medicina a relacionarse personalmente con los enfermos moribundos. En esta obra, la autora trataba de enseñarnos a establecer relaciones con aquellas personas que habían sido dejadas por inútiles y que, sin embargo, con la ayuda necesaria podían llegar a sentir de nuevo que todavía eran «miembros valiosos de la sociedad» (Domínguez y Campos, 1981).

La obra de Kübler-Ross (1981) consiguió abrir el horizonte de estos pacientes y, en varios países, estimular la creación de clínicas donde acoger a los enfermos más graves. Una de éstas, mundialmente famosa, es la que en EE.UU. fundó el doctor Cicely Saunders en 1967, con el nombre de *St. Christopher's Hospice*. Su lema era ayudar a los enfermos a vivir el tiempo gratificante y, decididamente, atacar el problema del dolor con el máximo respeto a sus exigencias éticas, pero superando ciertas reticencias sin fundamento respecto del uso de los analgésicos centrales (Vespieren, 1986).

El tema de la muerte y el moribundo ha llegado también a la pantalla. En *La muerte en directo*, de Bertrand Tavernier, el espectador toma contacto con la experiencia de la muerte en una sala de hospital. En *Relámpago sobre el agua*, de Win Wenders, se recogen los últimos días de la vida del viejo director de cine Nicholas Ray y de su actitud ante lo inevitable, quien muere dignamente y se niega a hacerlo rodeado de tubos.

En algunas otras filmaciones se recogen muertes reales —hecho que se capitaliza luego para atraer a los espectadores— de manera que el que nunca haya visto morir a una persona, pueda experimentarlo por el módico precio de una entrada de cine.

Esto nos lleva a otros planteamientos éticos, porque al finado no le abonaron derechos de autor y, sobre todo, porque supone un atentado contra la intimidad, la privacidad y el pudor personal de una cuestión vital, que, además, es absolutamente intransferible, incuestionable e irrepetible como es el hecho de la muerte personal. Por eso, precisamente, no se entiende cómo pueda exhibirse

sin el consentimiento del paciente y con toda impunidad.

Recientemente, la comprensión del enfermo terminal se ha enriquecido con aportaciones procedentes de los pacientes cancerosos. El enfermo canceroso es un prototipo del paciente que atraviesa una fase «terminal» —en ocasiones demasiado prolongada—, en la que pueden jugar un importante papel factores psicológicos como las aptitudes para el afrontamiento del estrés, las cogniciones respecto de la enfermedad, el sentido que para él puede tener la muerte, la calidad del soporte social del que dispone, etcétera.

Sobre este punto puede encontrarse abundante y reciente literatura, especialmente en lo que se refiere a la etapa terminal de los enfermos cancerosos (Massie, Holland y Glass, 1983; Massie y Holland, 1987; Massie, Holland y Lesko, 1989; Breitbart y Holland, 1988; Ledenberg, Holland y Massie, 1989; Ibáñez y Durá, 1989; García-Conde y Pascual, 1989; Polaino-Lorente y col., 1990; etc.).

En la comunicación del médico y los profesionales de la salud con el enfermo terminal consideramos como elementos más relevantes, entre otros, los siguientes: el poner los conocimientos disponibles al servicio del enfermo; la forma de relacionarse con el paciente; el modo de informarle de la verdad; el manejo de la ansiedad y de los posibles trastornos psiquiátricos que en el curso de su evolución pueden surgir; el respeto hacia la persona del moribundo y el mantenimiento del necesario diálogo, siempre que el paciente lo demande, acerca de sus posibles inquietudes existenciales y el sentido de la vida y de la muerte. Respecto del derecho del paciente terminal a la asistencia pastoral, confronte el lector el capítulo 31 de esta publicación.

Para servir al paciente terminal

Al aceptar la responsabilidad del tratamiento de un paciente terminal se asume también la obligación de no hacer nada en contra de sus intereses. Esto significa, de una parte, el esforzarse en actualizar y estudiar los nuevos procedimientos y técnicas que, constantemente, están apareciendo y que permiten aliviar el dolor, las insuficiencias respiratorias y otros malestares físicos, muy difíciles a veces de soportar, y que llegan a perturbar la lucidez de conciencia y la capacidad de usar de la libertad para poder tomar decisiones. El profesional en quien el enfermo ha depositado su confianza debe manejar conocimientos científicos amplios y ponerlos al servicio de unos valores que fundamentalmente se resumen en la vida, tanto física como psíquica y espiritual, del paciente. Recordemos que el enfermo terminal es una persona que está en la vida, y en una fase muy importante de su vida.

De otra parte, poner los conocimientos al servicio de los intereses del paciente conlleva también el tomar la tremenda decisión —si llegara el caso y cuando ello sea necesario— de interrumpir un determinado tratamiento. Ningún médico tiene derecho a seguir administrando medicamentos a un paciente si ya no le hacen efecto (Niethammer, 1982). En ocasiones, tomar esta decisión puede ser más difícil que continuar la terapia hasta la muerte. Esto de ninguna manera significa que el médico se desentienda del paciente. Una decisión de este tipo puede resultar muy difícil y más cuando no coincide con las opiniones de otras personas que están a la cabecera del enfermo. Los médicos son los que deben tomar esta decisión —cuando así lo estableció el paciente al delegar en ellos— y en ese caso guiarse por los intereses del paciente, sin dejarse llevar por sus personales miedos y temores.

La relación con el paciente terminal

Comunicar es muy difícil, por no decir imposible, cuando el yo está tan atado por sus intereses y preocupaciones neuróticas que es incapaz de practicar la simpatía, ponerse en la piel del otro y encontrarse con él. Sin embargo, para pasar de la soledad a la comunicación es preciso establecer una relación interpersonal fuerte y mejor —si es posible— tener una verdadera amistad con el moribundo. Cuando esto se produce, al enfermo se le trata como a un igual sin ninguna actitud de superioridad, estableciéndose un equilibrado intercambio —de dar y recibir— entre el paciente y quienes le cuidan.

Desde la perspectiva humana, el enfermo aporta en ocasiones al médico tanto o más que lo que el médico le aporta a él. Como decía Gol (1983) «solamente podrá cuidar al terminal el que se encuentra en condiciones de ser su prójimo, es decir de "cambiar de silla", de empezar a entrar en su piel. Al "voyeur" no se le deja entrar en su piel, sólo se deja entrar al amigo; éste puede ver y mirar con toda libertad».

Una parte muy importante de la comunicación con el paciente terminal es inefable y no puede expresarse con palabras. El enfermo terminal debe sentir que su amigo está cerca y dispuesto a dedicarle su tiempo. Está persuadido de que el amigo sabe escuchar y sabe esperar, que no tiene prisa. Y está atento a la expresión verbal y no verbal del enfermo y siempre dispuesto a respetar el silencio del otro. Pero este silencio no es el silencio vacío que genera la angustia o la incomodidad. Es, por el contrario, el silencio que precede y deja paso a la comunicación.

Saber sentarse a la cabecera de un enfermo terminal es ser médico de verdad y no solamente un técnico que entiende de neoplasias o de SIDA. Ser médico de familia es ser médico de toda la persona, concreta y única; es tratar no solamente al cuerpo, sino al hombre entero con su historia, sus deseos, sus imaginaciones, sus frustraciones y su esperanza. Saber invitarle a que hable y saber esperar, con mucha paciencia, a que lo haga en el momento más oportuno y en el marco de esa relación personal.

Cuando se genera un buen nivel de intercambio entre médico y paciente, lejos de todo tipo de proteccionismo infantil, es cuando se puede contestar con sinceridad a todas las preguntas que el enfermo quiere hacer a su médico. Es el momento privilegiado y misterioso de aclararle las dudas que tiene sobre lo que está sucediendo en su cuerpo, que es más suyo que de nadie, y sobre el futuro que él espera. Se podrá hablar a fondo con él de su pérdida de autonomía, del cese de su actividad, del cancelamiento de sus proyectos, de los interrogantes que tenga sobre un final incierto, en una palabra, de todo lo que le preocupa y nos invita a compartir. En estas circunstancias propicias se le debería ayudar a encontrar sentido a lo que está ocurriendo, a buscar nuevos y esperanzadores objetivos y, de este modo, a reconciliarse más fácilmente con el destino amenazador y desagradable que tal vez habita en su imaginación.

El enfermo terminal y el Código de Deontología Médica

El Código de Deontología Médica se ocupa de este tema en el artículo 27 y, menos directamente, del 58 al 61, sentando la doctrina ética sobre cuál es la conducta a seguir con los enfermos terminales, en lo que se refiere a su información y a los tratamientos que deben prescribirse. De este último aspecto no nos ocuparemos aquí, por rebasar ampliamente el contenido de este capítulo.

Aquí sólo subrayaremos el deber ético del médico a decir la verdad al paciente, sobre todo cuando esa verdad afecta profundamente a su vida, por tratarse de su final.

Para profundizar sobre este particular, nos remitimos a los comentarios y glosas realizadas por Herranz, Presidente de la Comisión Nacional de Deontología Médica, al primero de los artículos citados.

El derecho a la información veraz

Las opiniones sobre el deber de informar al paciente de una muerte próxima continúan estando muy divididas, tanto a nivel popular como entre los científicos que han tratado sobre este particular.

La mayoría de los que viven en la ignorancia de que también son mortales manifiestan que la mejor manera de morir es aquella en que uno no se entera. Desgraciadamente para ellos, el incremento actual de la longevidad y las mayores posibilidades de prolongar la vida a muchos enfermos crónicos graves disminuye la probabilidad de que las personas se mueran sin sufrir y sin apenas darse cuenta de ello.

Otros, por el contrario, preferirían una muerte lúcida —aceptada humana y espiritualmente— que cancele los propios débitos y acabe de dar un sentido definitivo al vivir humano.

Desde un punto de vista teórico, las opiniones son también distintas según los países, las culturas y los tiempos. Hasta hace muy poco, muchos enfermos procedentes de algún país europeo en el que habitualmente se les ocultaba el diagnóstico, eran informados con veracidad, sin embargo, cuando al ver que su estado no mejoraba, viajaban a Estados Unidos y consultaban allí con otros profesionales. En relación con este problema nos encontramos con hechos paradójicos, como el que señalamos a continuación.

En 1977 se promulgó en EE.UU. la ley que protege el derecho a la información. En 1982 se reivindica en el trabajo de Spencer-Jones (cfr. Ibáñez y col., 1989) el derecho a la no-información. En una encuesta este autor se encuentra con el resultado de que el 49 por ciento de los pacientes desean información, frente al 51 por ciento que no la desean.

Diez años más tarde, en 1992, el debate continúa. Un equipo de Rochester, Nueva York, encontró que un 79 por ciento de los oncólogos estaban a favor de decir la verdad a sus pacientes (Holland, 1982). En el Reino Unido los médicos cada vez tienden más a proporcionar información a sus enfermos graves (*The Lancet*, 1980). Hay momentos en que suministrar cierta información resulta imprescindible para conseguir la colaboración del paciente, porque la pasividad, el pensamiento de falta de control sobre la situación, la pérdida de toda esperanza y la sensación de total impotencia suelen ejercer efectos muy negativos sobre el pronóstico.

Penzo (1989), en el tratamiento del dolor crónico, señala la necesidad de la información, puesto que posibilita el poder adoptar soluciones adecuadas. Pero advierte que la información debe de ir unida a un determinado «estilo» de relación con el paciente, lo que se plasma en la necesidad de colaboración por parte del paciente, por cuanto que éste es un poderoso generador de recursos.

En nuestra opinión sería deseable que toda persona tuviera la madurez y serenidad suficientes para afrontar con lucidez su propia muerte. Pero el respeto a la libertad de la persona y el rechazo a todo tipo de manipulaciones nos obliga a tener muy en cuenta lo que el paciente quiere saber y respetar hasta dónde desea estar informado. De igual modo, nos parece terrible, tanto negar información a un paciente que la solicita (o que la solicitó antes de estar enfermo) como dificultarle cualquier acceso a ella. Por último, queremos señalar que proporcionar más información a la familia que al propio enfermo puede contribuir a la «conspiración del silencio», a que nos referimos líneas atrás, que tanta importancia ha tenido como causa de la soledad e incomprensión en el enfermo terminal.

Por todo ello nos parece muy difícil establecer unas normas rígidas. La pregunta de si debe decirse la verdad a un enfermo terminal no puede contestarse con un sí o un no rotundos. Consideramos imprescindible contrabalancear antes y detenidamente el modo de informar al enfermo, el momento en que esto se llevará a cabo y quién debe hacerlo. Para ello es fundamental conocer muy a fondo la personalidad del enfermo y su capacidad para afrontar la situación, cuáles son sus recursos personales y existenciales y qué salida esperanzada se le puede ayudar a encontrar.

Las mentiras —también aquí— son siempre perniciosas. En cambio, nos parece fundamental la constante atención, guiada por la intuición y el afecto, para conocer el grado de información que un paciente puede soportar en cada momento. Finalmente, queremos insistir en que cualquier información que se dé al paciente terminal, acerca de la verdad de su enfermedad, debe proporcionársele dentro del marco de una cálida y estrecha relación de amistad y, a ser posible, por personas que hayan tenido con él una profunda relación con anterioridad a su situación actual.

La voluntad de verdad

Si la sociedad actual tiene tanto miedo a la muerte es porque se ha ido marginando y reprimiendo el hecho del morir humano. Hay aspectos rituales de nuestra cultura —como, por ejemplo, los entierros, los funerales o las visitas de pésame, que tanto contribuían a aliviar el duelo por la pérdida de un ser querido—, cuya vigencia es hoy más bien escasa, si es que no se ha abandonado de modo casi definitivo.

El tanatorio ha sustituido hoy la tradición de velar el cadáver en la propia casa y se ha extinguido la práctica de llevar luto mostrando en público esa pérdida. Las nuevas costumbres son, desde luego, más cómodas y acordes con el azacanamiento y las prisas del actual vivir del hombre; y, en este sentido, probablemente haya que considerarlas como positivas.

Pero, qué duda cabe, que con ellas se ha exiliado a la muerte de la conciencia social de la que antaño formaba una parte importante y, en consecuencia, se nos han ahorrado eventos y circunstancias —todo lo discutibles que se quiera— que antes nos recordaban su presencia. Muchas personas ancianas mueren anónimamente en un hospital, mientras los hijos apenas se percatan de la muerte de sus padres.

En un contexto como éste, ¿podemos extrañarnos de que a los médicos les cueste tanto comunicar a los pacientes que se van a morir? ¿Por qué la mayoría de los médicos se angustian por este motivo? ¿Por qué son tantas las enfermeras que ni siquiera se plantean esta necesidad? ¿Por qué los familiares casi siempre tratan de ocultárselo al interesado? ¿Por qué disponemos de tantas seudorazones encubridoras para no comunicar al paciente que se va a morir?

Preguntas como las anteriores desvelan ciertas paradojas que deberían hacernos pensar. La mayor parte del engaño a los moribundos está fundamentado en el autoengaño de los vivos. Se engaña a los moribundos, porque al vivo le cuesta decir la verdad al moribundo; no se tiene piedad del que va a morir, porque es demasiado blando el familiar que continúa con vida. El criterio por el que no se comunica la verdad, en la mayor parte de los casos, no es por caridad con el que va a morir sino por el hedonismo del que sigue vivo.

En la mayoría de las seudorazones y argumentos a los que se apela, para tratar de hacer racional lo que en absoluto es, late incontenible una gran falsedad. Es falso que la persona que está muy grave ignore las más de las veces su estado; que si se le informa puede empeorar, a causa de la noticia suministrada; que tal vez se le haga sufrir con esa información más de lo necesario, etc. Disponemos de suficientes datos clínicos, empíricamente contrastables, que dan un mentís rotundo a posibles justificaciones para el ocultamiento de la verdad, como las antes aludidas.

Con muchas de estas prácticas —y en el contexto de lo que aquí llevamos dicho—, se ha olvidado que el hombre podría definirse con estos dos conceptos fundamentales: un ser para la *verdad*; y un ser para el *bien*.

El hombre es un ser para la verdad, porque el hombre está abierto al conocimiento, mediante el cual se hace uno con la cosa conocida. En eso consiste la verdad. La verdad encarnada por el hombre implica una perfecta adecuación entre lo que se piensa y lo que se dice, lo que se dice y lo que se hace, y lo que se piensa y lo que se hace. Eso es la verdad. Cuando hay discrepancias entre estas instancias, acontece la mentira, el error y la falsedad.

Estamos afirmando el *derecho a la verdad* que todo enfermo tiene, entendiendo la verdad de forma operativa como una cierta coincidencia entre el hacer, el decir y el pensar. Y es que el hombre es un ser para la verdad. Por eso, cuando se le escamotea la verdad o, simplemente, se le engaña, en cierto modo se le trata como si no fuera hombre, porque se frustra lo que como hombre más propiamente le pertenece: su permanente apertura al conocimiento de lo que es verdadero. Poco importa que se le conserve o prolongue la vida del cuerpo, si irreversiblemente se le ciega frente a la luz de la verdad.

Algunos opinan que al ocultarle la verdad de su propia muerte, sólo incurrimos en un error psicológico. Quienes así piensan, se olvidan de que si no hay verdad psicológica muy posiblemente tampoco haya verdad ontológica; si se amaña el error psicológico, habrá traición ontológica, porque el hombre es un ser para la verdad.

Por lo tanto, el error ontológico se produce cuando a un enfermo terminal no se le comunica que va a morir. Y es que la muerte es una de las verdades humanas, valga la redundancia, más verdaderas. En cierto sentido, la muerte es una de las verdades más ciertas y en la que más se juega el hombre. En apenas unos instantes, en el segundo último tal vez, el hombre puede jugarse toda la eternidad. Bajo ningún motivo se le puede hurtar al hombre el derecho a que decida sobre sí mismo, su vida y sus cosas, en el último instante de su vida. No se le puede robar lo más profundo que tiene el ser humano que no es otra cosa que su vocación a la verdad.

Pero como afirmábamos antes, el hombre es también un ser para el bien, el bien que afecta primordialmente a la voluntad. Recordemos que el objeto de la voluntad es el bien, como el del entendimiento es la verdad. Entre la voluntad y el entendimiento hay muchas relaciones, en las que en este momento no podemos entrar. Generalmente lo que se quiere es el bien, pero eso lleva a conocerlo mejor (verdad). Cuanto más se conoce la verdad, en tanto que bien, tanto más se quiere el bien que es la verdad.

Acaso por eso pueda afirmarse que una peculiaridad propia del hombre es esta voluntad de verdad. La voluntad de verdad consiste en querer la verdad, característica que sólo es propia del hombre y que en ningún otro ser acontece. Y la verdad es, en última instancia, la que da sentido a la vida del hombre.

Ahora bien, la verdad acerca de la propia muerte es una verdad de ultimidades y tiene un cierto carácter de querer definitivo. Por eso, cuando ocultamos la vedad de su muerte a un paciente, estamos frustrando su última voluntad sobre sí mismo, mientras le aherrojamos —con el pretexto de los buenos sentimientos— en el estado de una voluntad siempre penúltima y, en cierto modo, no decisoria respecto de su último fin. Es decir, estamos contribuyendo a sumergir en una zona opaca y adensada por la penumbra de la realidad escamoteada, el sentido último de su existencia, su último sentido personal y biográfico.

Para dignificar la vida y superar el sufrimiento

Algunos enfermos terminales, a pesar de su agnosticismo y de manifestar no pertenecer a nin-

guna confesión religiosa, cuando se encuentran completamente desarmados vuelven a buscar la seguridad que, por el momento no tienen y tanto anhelan, en la religión que aprendieron cuando niños. Pero muy pocos logran en esas circunstancias una seguridad absoluta. El creyente no puede quedarse de mero observador respecto del enfermo terminal, sino que debe ser solidario con él.

Lo ético consiste aquí en no rebelarse contra el destino, en seguir caminando hacia adelante y en hacer las paces con la propia historia personal, con el tiempo que se escapa y con la debilidad que por mor de la enfermedad se impone, tal vez como la más pesada carga de nuestra condición humana.

El hombre tiene una gran capacidad de sufrimiento, pero ésta varía mucho de unos a otros. Por otra parte, casi todos ignoramos cuál será nuestra capacidad de sufrimiento cuando llegue el tiempo de la prueba. Eso tampoco lo sabemos.

Hay sufrimientos que son más fáciles de sufrir que otros. El sufrimiento desinteresado que nos permite comprender y ayudar mejor a los demás puede tener más valor que el muy difícil y esforzado dolor que acompaña a los trabajos bien recompensados. El dolor nos enseña a perdonar y a tolerar mejor nuestros defectos y los de los otros.

El que no ha sufrido entiende muy pocas cosas y es lógico que también le cueste comprender el sufrimiento del enfermo terminal. Algunos de los sufrimientos de estos enfermos pueden parecer absurdos, pero si se les contempla desde el horizonte de la experiencia religiosa, pueden llegar a ser hasta razonables; todo depende de que se haya hecho lo que es necesario: el decidido acto de fe que precisan para ser aceptados. Es preciso rechazar la experiencia de lo que parecía absurdo, como hace el escritor catalán Joan Sales al final de su obra «Viaje de un moribundo», cuando escribe que «no hay esfuerzo inútil ni sacrificio estéril».

Hoy se habla mucho de «vivir con dignidad», de «dignificar la vida», como una concreción de los derechos humanos que es inseparable de esa vida a la que precisamente pretende calificar. Pero, al mismo tiempo, el término también se emplea para referirse al otro extremo de nuestra trayectoria biográfica: a la muerte. Y así se habla de «morir con dignidad», aunque me temo que bajo este concepto subyace algo muy confuso. Parece lógico que sea así, pues si no se alcanza a explicar en qué consiste la dignidad del vivir humano, consecuentemente, más difícil será que pueda explicarse cómo puede morirse dignamente, cuando la muerte es una situación en que se intensifica y agiganta —aunque sólo sea por un proceso acumulativo— el sin sentido o sentido de toda nuestra pasada trayectoria biográfica personal.

El *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* distingue ocho acepciones diferentes en el concepto de dignidad. Para lo que aquí importa me limitaré a dos de ellas. Dignidad denota la «calidad de digno»: «gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse». A lo que parece, la voz dignidad hace referencia al conducirse mismo del hombre, al modo en que éste se comporta. Dicho con otras palabras, una persona vive y muere dignamente si se comporta decorosamente con las exigencias de su ser natural.

La pregunta acerca del sentido de la vida, del comportamiento, de lo que pensamos, queremos y realizamos en cada instante, es una cuestión que preocupando siempre al hombre, vino a ser recordada con especial énfasis por la psicoterapia, que en las neurosis parecía encaminarse a dilucidar, a hacer transparente cuál es el sentido biográfico de la vida del paciente, sentido que muchas veces ha sido distorsionado y falseado, hasta haberse perdido en los vaivenes zigzagueantes de las muy variadas e imprevisibles situaciones vitales.

En cualquier caso, el sentido de la vida humana es una cuestión que nos afecta a todos, y no sólo a los enfermos terminales. El sentido de la vida no es una cuestión que hayan puesto de moda los psicoterapeutas —sean éstos psicoanalistas o existencialistas—, sino que más bien es una cuestión palpitante que zarandea nuestra intimidad, independientemente de cuál sea nuestro nivel de ansiedad. Es inevitable, sin embargo, que en aquellas situaciones límites en que el hombre, zambulléndose dentro de sí, hace cuestión de su existencia, aflore, emerja, y llegue hasta la eclosión la pregunta, la indagación acerca de cuál es el sentido de su vida. Pero entiéndasenos bien: el sentido de la vida no debe restringirse a una mera cuestión psicológica. Más aún, el sentido de la vida es algo que todos, antes o después, nos hemos planteado, algo con lo que cada hombre tiene que habérselas a lo largo de su vida.

El sentido de la muerte es una cuestión *a posteriori*, aunque sólo relativamente posterior al sentido de la vida, por cuanto que la muerte es algo absolutamente cierto que el hombre de una forma misteriosa puede llegar a intuir, aunque confusamente. Pero esa intuición puede ser valiosamente

Viatge d'un moribund

eficaz para profundizar en el sentido de la vida. De este modo, el sentido de la muerte se explica por el sentido de la vida, al mismo tiempo que contribuye al esclarecimiento de esta última.

No podía ser de otro modo, por cuanto que la vida y la muerte se exigen mutuamente en el ser personal. El morir sólo acontece, en quien un día emergió a la vida. Por contra, el vivir, todo vivir humano, en tanto que finito, es destinatario de una muerte segura, indistintamente de que sea incierto el modo, el momento y la circunstancia en que aquélla puede suceder, e independientemente de que el hombre se lo haya planteado o no.

Difícilmente podrá esclarecerse en qué consiste la dignidad de la muerte humana, cuál es su sentido, qué sentido tiene la dignidad de la muerte, si previamente no se ha esclarecido cuál es el sentido de la vida. La conexión entre uno y otro extremo resulta obvia. El hombre es un ser que no tiene en sí la razón explicativa del principio de su origen, y mucho menos la razón de su término. Origen y término marcan los límites de toda trayectoria biográfica. El esclarecimiento de un extremo ilumina el otro, y viceversa.

El sentido de la dignidad de la muerte

La muerte digna o indigna del hombre hay que justificarla con otras razones de más envergadura y sustancia. Una muerte será digna si se corresponde con el decoro de la persona a la que sobreviene; de lo contrario, tal muerte será indigna. Pero, como ya se ha dicho, la vida humana es una perfección imperfectible, un bien para un Bien. En consecuencia la muerte será digna si a su través el hombre alcanza ese grado de perfectibilidad al que apunta la perfección de su vida, es decir, al bien absoluto al que se ordena y por el que se esfuerza el bien parcial en que consiste su vida (Polaino-Lorente, 1985).

Pongamos un ejemplo. Supongamos la muerte no dolorosa de una persona joven que voluntariamente no ha alcanzado la meta perfectible a la que su ser natural apuntaba. En este caso puede hablarse no sólo de muerte indigna, sino de fracaso existencial y de frustración social.

De muerte indigna, porque es indigno del hombre acabar su trayectoria biográfica sin, al menos, haber intentado autoperfeccionarse a sí mismo.

De fracaso existencial, porque la existencia se le concedió gratuitamente para que la desarrollara en su máxima estatura, cosa que no ha logrado.

De frustración social, porque con su vida —que se le donó, sin más— no ha hecho todo lo que debiera para incrementar el bien de sus conciudadanos.

Supongamos ahora la muerte de otra persona joven, en la que generosamente hundió sus raíces el dolor. La hemos visto dar de sí y darse a sí mismo, todo cuanto podía, incluso en esas horas inciertas en que la vida se apaga. Generosamente, día a día, procuraba luchar por ser mejor para mejorar a los demás. Incluso supo no hurtar en esta función sus últimos dolores durante la fase terminal de su enfermedad. En este caso su muerte no sólo es digna, sino la mejor de las muertes posibles, por cuanto que ha satisfecho su propósito.

Cuando la vida se ha vivido así, en plenitud, una muerte como la anteriormente referida constituye un resultado de inestimable valor. Por aquí sí que puede alcanzarse mejor cuál sea el sentido de la dignidad de la muerte, el sentido del morir con verdadera dignidad. En realidad todo hombre debiera preocuparse por su destino, de manera que cuando éste llegue, la dirección de su trayectoria biográfica no se mueva ni un ápice siquiera. Cuando así acontece es porque toda la andadura vital se ha realizado en presencia de ese destino. Por eso, precisamente, cuando éste llega no produce sorpresa alguna y, en consecuencia, nada hay que cambiar.

Con frecuencia las personas viven una existencia inauténtica, una vida que se construye de espaldas al hecho cierto e inevitable de que algún día hay que morir. Son personas que se refugian en lo impersonal, haciendo de su existencia algo anónimo. Jaspers profundizó mucho en esta cuestión, a la que le gustaba referirse, con el término impersonal *man*, «se», para calificar a la existencia inauténtica.

Una buena prueba para chequear el grado de autenticidad de nuestra existencia, podría ser la siguiente: si nos comunicasen que sólo nos quedan seis días de vida, ¿continuaríamos haciendo lo mismo que estamos haciendo en este instante? Sin duda alguna, ciertas personas dejarían de hacer lo que estuvieran haciendo en ese momento. Ellas mismas nos darían la razón de ese abandono, al decirnos que aquello, tras la noticia recibida, ya «no vale la pena», «no tiene sentido».

Pero ¿hay algo más real y certero que la muerte? ¿No nos puede sobrevenir ésta en cualquier instante? ¿Entonces...? Entonces es que lo que se

está haciendo no se estaba haciendo en presencia de la muerte, sino más bien como si la vida fuese a perdurar ininterrumpidamente.

Y es que el hombre, por fuerza de la costumbre las más de las veces, se autoapropia indebidamente de eso que llama «su vida». Basta observar a cualquier adolescente, cuando con actitud de protesta ante lo que él juzga como excesivo intervencionismo de sus padres, afirma airado: «es que... es mi vida», «no te metas en mi vida».

Pero la vida, ninguna vida humana pertenece propiamente al hombre que la disfruta. Entre otras cosas, porque él no se la dio a sí mismo y, por tanto, en puridad, no es dueño de ella. Puede y debe ser, eso sí, señor de ella, puesto que lo que con ella haga repercute sobre sí mismo, sobre su subjetividad y sobre las vidas de los demás.

Por todo eso, el sentido y la dignidad de la muerte remiten a la dignidad y el sentido de la vida, a la vez que no se entiende cómo puede alcanzarse el sentido de la vida si ésta se construye de espaldas a la muerte.

Cuando el enfermo terminal es un niño

Sería insensato suponer que la comunicación con el enfermo terminal se limita generalmente a sólo personas de la tercera edad. Es cierto que las personas de más edad suelen llegar con mayor frecuencia a esa etapa crítica que hemos denominado como enfermedad terminal. Pero las enfermedades terminales e incluso la muerte pueden sobrevenirles al hombre en cualquier momento. Un caso particularmente lacerante para uno de nosotros ha sido el tener que tratar con niños cancerosos.

La comunicación con el niño enfermo terminal presenta unas características muy particulares, entre las que cabe señalar las siguientes: la implicación de los padres en el proceso patológico; la necesidad de conocer el concepto que tiene el niño sobre la muerte para adecuar a él la información que se le va a dar; el impacto que la muerte de un niño enfermo provoca en los profesionales de la salud; y, muy especialmente, la particular intensidad y cualidad del temor que siente el niño en esta situación, así como las posibles interferencias que en la comunicación entre los profesionales y él pueden llegar a causar su estado depresivo.

Implicación de los padres

El niño se encuentra todavía muy vinculado a sus padres, estos vínculos se agrandan cuando sobre él pesa un diagnóstico muy grave. Por este motivo la atención psicológica y humana al niño enfermo terminal debe forzosamente completarse con una atención a sus padres.

Las familias de un niño terminal son siempre un grupo de alto riesgo psicopatológico (Pakes, 1983). La enfermedad mortal del niño constituye un acontecimiento vital muy estresante que puede provocar culpabilidad y celos en los hermanos, patología mental en los padres y alteraciones persistentes en el núcleo familiar. Algunas reaccionan de forma opuesta estrechando los lazos de la pareja; unos buscan el apoyo de familiares ya amigos, mientras otras familias, de mayor riesgo, cortan toda relación y no quieren ver a nadie.

Una pregunta corriente entre los padres de niños terminales es cómo informar a los hermanos. La respuesta debe de valorar la edad de aquéllos, su personalidad, las relaciones y competitividades previas entre ellos y otros factores relevantes. En cualquier caso, el proporcionar a los hermanos del paciente una información que el propio enfermo no tiene, puede contribuir a la «conspiración del silencio» que siempre conviene evitar.

El niño y el concepto de muerte

La respuesta a las preguntas que plantean los niños sobre su enfermedad y la posibilidad de su muerte debe de adecuarse a su desarrollo cognitivo y emocional y al concepto de muerte que cada uno tenga.

Lo que los niños entienden por morirse, varía con la edad y el desarrollo psicológico. El concepto de muerte presupone la comprensión de tres ideas fundamentales: la universalidad, la irrevocabilidad y la cesación de los procesos corporales (Polaino-Lorente, 1987).

La génesis de este concepto en el niño ha sido estudiada por numerosos autores desde hace muchos años (Nagy, 1948; Piaget, 1948; Furman, 1964; Gollmann, 1967; Kastenbaum y Aisenberg, 1972; Hensen, 1973; Menig-Peterson, y Mc Cabe, 1977; Kane, 1979; Polaino-Lorente, 1987, Toro, 1988; etc.). No hay, sin embargo, una opinión unánime sobre esta cuestión. La mayoría de estos

estudios únicamente coinciden al señalar la importante influencia de los factores cognitivos sobre la formación del concepto de muerte.

La complejidad de este concepto parece requerir la adquisición con anterioridad de una serie de habilidades cognitivas como el saber diferenciar los objetos animados de los inanimados; ser capaces de alcanzar lo que significa la «constancia del objeto»; distinguir entre el *self* y los objetos que no forman parte de sí mismo; tener una noción de lo que es la duración del tiempo y poder diferenciar entre lo que es el pasado, el presente y el futuro.

El dominio de las habilidades que acabamos de enumerar supone haber alcanzado la etapa evolutiva del pensamiento abstracto, tal y como la denominara Piaget. No es extraño, por tanto, que este autor sostuviera que la adquisición por el niño del concepto de muerte, como fenómeno universal e irreversible, no era posible antes de los doce años. Otros autores posteriores, no tan estrictos, consideran que el concepto puede haberse adquirido por algunos a partir de los ocho años de edad. Las respuestas a la pregunta de ¿a qué edad alcanza el niño el concepto de muerte? no parece que sean unívocas, aunque existe cierto consenso en situarla entre los ocho y los once años (Polaino-Lorente, 1987).

En nuestra opinión, el desarrollo del concepto de muerte en el niño es progresivo. La noción de irreversibilidad se va gestando lentamente, a partir de la edad de cinco años, aunque existan variaciones significativas de un niño a otro. En este sentido, encontramos un cierto paralelismo entre el desarrollo del concepto de muerte y el desarrollo cognitivo. La inmadurez de uno presupone la inmadurez del otro. Los niños adquieren antes el concepto de muerte referido a sus padres que respecto de sí mismos. Pero del hecho de que el niño no tenga una conciencia plena del fenómeno de la muerte no puede inferirse que no tenga ninguna.

Hay autores que discrepan de la teoría piagetiana y describen pensamientos de muerte en edades muy tempranas (Roschlin, 1967; Yalom, 1980). Algunos han llegado a describirlos en niños de dos años. Nagy (1948) realizó uno de los primeros estudios que conozcamos, referente a lo que piensan los niños pequeños sobre la muerte. Nagy pensó que por debajo de los cinco años los niños no creen que la muerte sea irreversible.

Nuestra experiencia con niños menores de cinco años es que a estas edades los pequeños responden con enfado y rechazo hacia la persona muerta porque les ha abandonado. A esta edad suelen considerar la muerte como un fenómeno transitorio. La irreversibilidad se irá adquiriendo lentamente hasta llegar a los nueve años. Sin embargo, debería matizarse mucho estas opiniones y considerar muy de cerca la singularidad de cada niño, pues hemos encontrado alguno que había accedido en cierta forma al concepto de la irreversibilidad de la muerte antes de los cinco años de edad.

Hasta los tres años, el temor a la muerte suele ir unido al temor a la separación de los padres. A los cuatro años, estar muerto equivale a estar dormido. En la etapa preescolar, a los cinco y seis años, los niños piensan que morir no es definitivo y que las personas mayores —los padres, especialmente— pueden protegerles contra cualquier peligro, incluida la muerte. En cambio, a estas edades temen mucho lo que les puedan hacer los médicos —acaso por factores de condicionamiento cultural—, y también el quedar mutilados. A esta edad es importante explicarles siempre lo que se les va a hacer y si una exploración no será dolorosa deben saberlo con anterioridad.

El preescolar está en plena etapa mágica. Cree en los Reyes Magos, a pesar de que sus padres le expliquen que son ellos los que compran los juguetes. La muerte es a menudo personificada por medio de algún personaje que milagrosamente puede hacerla reversible. Sin embargo, en nuestra opinión, la realidad de la muerte es cada día más precoz para algunos niños. Uno de nuestros pacientes de cinco años de edad decía a su madre: «me moriré y no me verás nunca más».

A partir de los seis años la idea de la muerte se hace cada día más real. Los niños tienen cada vez más miedo a quedarse solos. Con harta frecuencia crean fantasías, adecuadas para su edad, sobre la vida después de la muerte. En general, los niños en la etapa escolar son más conscientes de una muerte próxima de lo que se imaginan los adultos. Acaso por eso evitan hablar de sus sentimientos y pensamientos con unos padres que saben que les están engañando. Pero los niños por eso no pierden la esperanza de celebrar su cumpleaños o su primera comunión o bien desean sencillamente morir en su casa, en su habitación, en su cama, rodeados de las personas a los que más quieren, con la seguridad de que no les dejarán solos.

El estrés de los profesionales que cuidan a los niños terminales

La imposibilidad de evitar el sufrimiento y la muerte de un niño constituye una experiencia muy frustrante para el profesional que pone su empeño en proporcionar salud al niño y que lucha por salvarle la vida. Los médicos sabemos por experiencia que la mejoría y curación del enfermo es una de nuestras mayores gratificaciones profesionales. Aunque resulta muy duro y difícil atender a los pacientes que no se curan y que apenas conseguimos mantenerles estables —esquizofrénicos, autistas, cancerosos, etc.—, mucho más traumático resulta todavía para el médico la peculiar situación del niño moribundo.

El estrés de los cuidadores de los enfermos terminales es un hecho bien conocido que puede tener repercusiones negativas, tanto sobre la atención a los pequeños enfermos como a sus familias. Uno de los primeros en estudiar este fenómeno fue Freudenberger (1980). Posteriormente, otros autores han insistido sobre este particular (Vachon y Pakes, 1981; Polaino-Lorente, 1982, 1985, 1990, 1991).

El estrés de los profesionales puede ser muy intenso e incluso superar al que padece el enfermo o su familia. Cuando esto sucede aquella persona no debiera seguir ocupándose del enfermo, porque forzosamente su relación con él se irá deteriorando.

En el estrés del personal que cuida del enfermo terminal coinciden muchos factores causales, entre los que cabe destacar el tipo de enfermedad que presenta el paciente (se ha hablado de la especificidad del estrés según distintas patologías), el tiempo que un cuidador lleva ocupándose del enfermo, el peso de la responsabilidad, las tensiones que suele haber dentro del equipo de trabajo o de la clínica, la vulnerabilidad individual de aquella persona, etc. Las posibles relaciones existentes entre unos y otros factores han sido estudiadas en la última década (Vachon y Pakes, 1981).

Dohrenwend (1970) diseñó un modelo conceptual para representar este fenómeno, que viene a ser como una transpolación del paradigma de reacción al estrés de Selye, restringiendo y limitando su uso a sólo determinadas situaciones psicosociales.

Cualquier profesional que tenga que tratar con un paciente terminal infantil debería previamente pactar con sus sentimientos personales de impotencia y fracaso, aceptar las limitaciones de sus medidas terapéuticas y aprender a reducir sus tensiones y desmoralización. Una intervención de apoyo a estos profesionales, puede ser necesaria en algún caso; también puede ser útil el entrenamiento en técnicas de afrontamiento del estrés. Si el profesional consigue superar su crisis y tolerar estas situaciones, deberá continuar atendiendo al enfermo; en caso contrario, no. Cuando se superan estas dificultades, el resultado final suele ser positivo, ya que ese profesional se experimenta más crecido y maduro en el ámbito profesional y personal.

Pero cuando el efecto acumulativo de los factores estresantes es superior a los recursos psicológicos de la persona y a los apoyos psicosociales, la situación puede resultar un tanto traumática, por incrementarse la vulnerabilidad psicológica de ese profesional al padecimiento de trastornos psicológicos. En este último caso, las consecuencias sobre el paciente pueden ser también muy negativas, por lo que el responsable del equipo terapéutico debe tomar medidas a fin de evitar algo lamentable: la incomunicación y la deshumanización en el trato con el paciente terminal infantil.

El temor, el miedo y la depresión en el enfermo terminal infantil

La mayoría de los niños con una enfermedad grave son ingresados una y otra vez en el centro hospitalario. El primer ingreso del niño en un hospital o en un quirófano puede resultar para él una experiencia aterradora. A veces los padres no están en condiciones de ayudarles porque ellos mismos tienen mucho miedo y en muchos centros, además, no se les deja permanecer al lado del niño durante mucho tiempo. Tampoco están allí con él la maestra, ni los compañeros, ni el pediatra de cabecera, a quien conoce.

De otra parte, la sensibilidad del niño al dolor puede estar muy agudizada y experimentar un pánico atroz a los primeros pinchazos.

La ansiedad ante la separación de los padres es en ciertas edades muy intensa. A ésta se suma el temor de ignorar lo que le van a hacer. Un niño en esta situación se siente totalmente impotente e indefenso, perdido en el anonimato de una institución enorme e inaccesible. Esta experiencia puede ser para él un tanto traumática.

Hemos tratado, en tanto que psiquiatras infantiles, a dos niños de cinco y nueve años que habían dejado de hablar durante varios meses, después de practicarse una amigdalectomía sin anestesia. Al más pequeño le aterrorizaron «los señores vestidos de blanco», a los que no conocía; en aquellos momentos pensó que sus padres no volverían nunca más con él.

Uno de nosotros (Polaino-Lorente, 1990; remitimos a esta publicación al lector interesado en estas cuestiones) ha diseñado y llevado a la práctica un programa para la preparación a la hospitalización infantil y otro para la atención psicopedagógica del niño canceroso hospitalizado, obteniendo en ambos excelentes resultados.

Niethammer (1982), un pediatra de Tübingen, señala lo que hay que hacer para disminuir los temores de los niños hospitalizados. Sus normas son sencillas, pero hay que tenerlas en cuenta y aplicarlas. Ante todo, conviene cuidar los detalles e informar al niño de forma que entienda lo que está sucediendo en su cuerpo, lo que se le va a hacer y lo que tendrá que soportar.

La persona asustada es aquella que ha perdido la confianza en sí misma y necesita que los de su alrededor le ayuden a recuperarla. Esto hace que se sienta muy afectada por la frialdad y el distanciamiento de los que tiene a su lado. Por el contrario, una palabra amable o la cara afable de un celador o de un ayudante técnico sanitario puede hacerle mucho bien. Los profesionales de la salud deberían tener mucha paciencia y comprender mejor el miedo que puede sentir el enfermo terminal infantil y sus respectivos padres.

De otra parte, los niños experimentan un temor extraordinario por lo desconocido. Los adultos también; pero la persona mayor suele tener un mayor conocimiento de las enfermedades y de su tratamiento, se familiariza más fácilmente con la institución hospitalaria y ha visto ya muchos enfermos a lo largo de su vida. Pero es muy posible que el niño no haya conocido nunca a un enfermo grave ni que haya estado jamás en un hospital. En tal caso, puede encontrarse totalmente desinformado e imaginarse cosas terribles. Si no sabe lo que es una radiografía, esto puede atemorizarle tanto o más que una intervención quirúrgica.

Cuando un niño pregunta qué se le va a hacer, hay que tener tiempo para explicarle lo que tiene interés en escuchar y, si es necesario, hacerle un dibujo para que lo entienda mejor. Al niño que no pregunta, porque no se atreve, es tímido o está inhibido, también hay que informarle, con mucha cautela, para que su miedo desaparezca o, por lo menos, disminuya. Hay que hacer participar al enfermo de lo que saben los demás sobre su dolencia; así podrá adquirir un dominio intelectual de su enfermedad que le permita tener una perspectiva de ella más objetiva y disminuir sus fantasías angustiosas. Cualquier enfermo, pequeño, adulto o anciano, tiene derecho a ser escuchado, informado y atendido humana y psicológicamente, y no sólo biológicamente.

Unas reglas sencillas para tranquilizar al niño gravemente enfermo pueden ser las siguientes:

1. Cuidar minuciosamente pequeños detalles tales como la cordialidad en el saludo y la acogida, el tono de la voz, el entorno material de la habitación, etc.
2. Dedicar tiempo a escuchar lo que nos quiera contar o preguntar el pequeño enfermo.
3. Explicarle, cuantas veces lo pida o sea necesario, todo lo que está sucediendo en su cuerpo, así como lo que se hará para luchar contra lo que está ocurriendo.
4. No cambiar de caras, es decir, las personas que le atienden.
5. Proporcionar al niño la completa seguridad de que, pase lo que pase, no se le va a dejar solo.
6. Tratar siempre al niño enfermo como a nuestro prójimo, es decir, con un respeto total, evitando a toda costa la sobreprotección, que antes o después provoca regresiones y que siempre es humillante.
7. Siempre que sea posible tratar de conseguir la máxima colaboración del pequeño paciente.

Cuando un enfermo ha vivido muchas experiencias compartidas con el equipo asistencial que le atiende puede llegar a sentirse casi como en su casa, en aquel pedacito de sala de hospital en la que ha permanecido durante semanas o meses. En circunstancias como éstas, llegan a crearse vínculos afectivos muy profundos entre el médico y su joven paciente. A este respecto, recordamos a una enferma de nueve años de edad, que fue hospitalizada durante bastante meses a causa de una meningitis tuberculosa —que inicialmente se consideró incurable— y que después de un largo y cansado combate terapéutico logró sobrevivir y fue dada de alta. Durante mucho tiempo, después de su salida del hospital, continuó visitándonos periódicamente sólo para saber cómo nos encontrábamos y cómo marchaba la sala. La solidaridad que animó la lucha de todos contra la enfermedad

nos autorizaba a considerar las visitas de esta niña como alguien especialmente vinculado a la sala y al equipo médico.

La depresión suele ser compañera frecuente de la enfermedad crónica. La prevalencia en España de depresión mayor en la infancia escolarizada (ocho a once años de edad) es de alrededor del 1,8 por cien (Domènech y Polaino, 1990). Esta tasa, sin embargo, se eleva de forma gigantesca en estudios epidemiológicos realizados en pacientes pediátricos crónicos. Así, Kashani y col. (1982) han encontrado en niños cancerosos una prevalencia de depresión mayor del 17 por ciento; la tasa encontrada por Ling y col. (1970), en enfermos neurológicos, es del 40 por ciento, aún más alta.

Es importante detectar precozmente la enfermedad depresiva, ya que dificulta la comunicación del niño enfermo con su entorno, pudiendo contribuir a que se organice en torno a él una «conspiración del silencio» que, como una barrera, dificulta u obstaculiza la ayuda psicológica que debe prestarse al paciente.

Por otra parte, la enfermedad depresiva —junto a los efectos de la enfermedad crónica y de las terapias agresivas en el enfermo terminal— disminuye la autoestima y facilita la formación de un autoconcepto negativo en el niño; provoca el distanciamiento del paciente respecto de los otros niños, tanto sanos como enfermos; y hace que se sienta culpable de lo que le está pasando y que aumente su sufrimiento. Como además, el niño deprimido se siente malhumorado y nada le pone contento ni le hace ilusión, es lógico que rechace la compañía de las personas que más necesita en ese momento. Todo esto hace que la comunicación con el paciente infantil terminal deprimido sea extraordinariamente difícil.

Comunicación de la verdad al niño y al adolescente

¿Debe hablarse de la muerte a los niños? ¿Debe decírseles la verdad? Sobre este particular hay muchas opiniones, algunas de ellas un tanto contradictorias. Vernick y Karon (1965), hace veinticinco años, eran ya partidarios de decir al niño la verdad. No es cuestión, por supuesto, de decir al niño: «te vas a morir». Hacerlo así sería una crueldad por parte del adulto, además de demostrar su incapacidad para sostener una conversación a fondo con un niño terminal sobre el tema de la muerte.

De lo que se trata más bien es de no negar la información que el niño pide y de proporcionarle esa información dentro de un clima de estrecha comunicación, lo que se logra después de haber hablado varias veces con el pequeño y de haberle escuchado antes durante mucho tiempo. Para todo ello es esencial crear un clima en el que el niño se sienta seguro, de manera que pueda formular cualquier pregunta, por difícil que pueda parecernos (Vernick, 1974).

En apoyo de esta actitud sostenida de decir la verdad al niño terminal podemos aportar los tres hechos siguientes:

— que el niño casi siempre sabe ya de la proximidad de su muerte;

— que el niño pregunta sobre la muerte, cuando se le permita y él piensa que le pueden comprender;

— que la sinceridad genera confianza y la confianza hace que la ansiedad disminuya.

La mayoría de los investigadores que han trabajado con niños terminales están convencidos de que los niños saben mucho más sobre la gravedad de su enfermedad de lo que los mayores piensan, suponen y temen (Vernick, 1974; Kübler-Ross, 1985). Esta última autora, dirigiéndose por carta a los padres de niños desahuciados, escribía lo siguiente: «Los niños conocen el curso de su enfermedad. Incluso los más pequeños saben si están cerca de la muerte. Es lógico que pregunten: «Mamá, ¿me voy a morir?» Y, más adelante, añade: «No entréis en su habitación con una sonrisa falsa... decidles más bien que os sentís tristes e inútiles por no saber ayudarle más... Los hermanos también deben estar informados y participar, de una forma u otra, en el cuidado del enfermo».

Raimbault y Roger (1967) estudiaron las reacciones de niños terminales de muy corta edad. A los autores les sorprendió la frecuencia con la que estos niños abordaban el tema de la muerte. Los niños suelen hablar de ella espontáneamente, siempre que se les permita expresarse delante de un adulto. A veces es preciso que el adulto inicie el tema, bien sea directamente, bien sea a través de dibujos. En esos casos es frecuente que el niño verbalice o exprese gráficamente sus miedos, sus preocupaciones y sus ideas sobre la muerte y el hecho de morirse. Por lo general, suele hacerlo de una forma realista e interesada.

El pequeño enfermo necesita tener confianza plena en los profesionales que le asisten. Y esta confianza sólo se consigue cuando los adultos somos completamente sinceros. El niño debe saber que no se le mentirá ni se le ocultará nada. Confianza y sinceridad son los dos pilares fundamentales para combatir el miedo del niño enfermo.

Cuando hay una total aceptación del niño, de sus miedos y de su expresión emocional y la relación del niño con quien le cuida es muy buena, el niño puede sentir vergüenza de sentir miedo. En cualquier caso es bueno que lo pueda expresar. En ese caso, le podemos decir entonces que es normal que tema; que le comprendemos; que ser valiente no es no tener miedo, sino enfrentarse a él y dominarlo. Suele ser muy útil también animar al niño a que nos dibuje o nos represente sus temores y, a partir de aquí, establecer con él un diálogo a fondo.

Finalmente, desearíamos hacer algunas sugerencias sobre la forma de informar al niño con veracidad.

Esta información no debería hacerse al margen de lo que un niño puede comprender y/o necesita saber. Para ello debe conocerse muy bien como es cada niño en concreto y en que momento evolutivo se encuentra. En cualquier caso, hay que hacerlo dentro de un clima de amistad, después de haber conversado muchas veces con el niño y, sobre todo, después de haberle escuchado.

Cada persona necesita alguien en quien confiar. Su elección puede ser inesperada. Un enfermo puede tener como amigo a un camillero y confiar plenamente en él, o en la señora que hace las camas cada mañana, un residente o una enfermera. Quizá conozca a esa persona desde hace muy poco tiempo, y, sin embargo, es muy profunda su relación con ella. Tal vez esto sea así porque ese persona ha demostrado poder comprender cosas que los demás no entienden o ha sido capaz de compartir con el pequeño enfermo su sufrimiento y su amistad sin ninguna dificultad especial.

Se han descrito algunas técnicas de aproximación a la problemática del enfermo terminal. Redl (1959) describió la entrevista denominada del «espacio vital» que ayudaba a los miembros del equipo asistencial a interesarse por los acontecimientos que tenían importancia para el niño, y a proporcionarles un apoyo emocional de urgencia. Pero todos coinciden en señalar que lo fundamental es la relación con el niño y el empleo, cuando son muy pequeños, de técnicas simples y directas.

La entrevista con un adolescente terminal es más difícil para el profesional, porque también es más traumática para el enfermo. El adolescente entiende perfectamente la experiencia definitiva de morir y le cuesta mucho admitir que le atañe a él personalmente. La muerte le llega casi siempre en el preciso momento en que estaba adquiriendo una cierta autonomía y trataba de independizarse de sus padres. Por contra, la enfermedad le retorna a una dependencia radical de ellos.

Morir es como un corte tajante de todos sus sueños y proyectos. Su amor propio y su necesidad de emancipación le hacen rechazar la ayuda que se le intenta proporcionar. Sin embargo, necesita esta ayuda en grado sumo. Por eso, no hay que dejarle solo con su angustia.

Cuando, como profesionales de la Medicina, parece que no podemos ya aportar nada a un enfermo adolescente, como personas todavía podemos hacer mucho si somos capaces de mantener el vínculo y la estrecha relación que con esa persona nos unía. Por el altruismo y heroísmo propios de su edad, el adolescente puede morir dignamente aceptando libremente su muerte, asumiendo el proceso de su agonía y usando de los derechos que tiene como persona, que muy sucintamente consisten en el derecho a saber que se está muriendo; el derecho a rechazar un determinado tratamiento; el derecho a expresar su fe y a recibir la ayuda para ella que crea necesaria, sin ninguna coacción externa, y el derecho a mantener la lucidez de su conciencia, siempre que sea posible, hasta la misma frontera de la muerte.

El derecho a la educación y a una muerte digna

Si impedimos durante el período de hospitalización que el niño prosiga su proceso escolar y mantenemos esa situación de aislamiento respecto de todo lo que constituye su entorno natural y propio, además de favorecer esa enfermedad social que es la «deprivación escolar», estaremos atentando contra su dignidad personal de niño. Es más, a pesar de los avances en los tratamientos y en la ciencia médica en general —gracias a los cuales se ha conseguido la curación de un alto porcentaje de niños cancerosos y la supervivencia, a largo plazo, de otros muchos mejorando su calidad de vida—, no debemos olvidar que todavía encontramos demasiados niños enfermos que no se curan y que, por tanto, deben considerarse como enfermos crónicos.

Si como consecuencia de la evolución progresiva del cáncer estos pacientes van a verse privados de la escolarización (entendida ésta en un sen-

tido muy amplio), habrá que afirmar que se les condena a una vida indigna, independientemente de que su muerte sea o no digna.

Hemos visto líneas atrás que en la mayoría de las numerosas investigaciones realizadas acerca del concepto de muerte en el niño, se concluye que, a la edad de 7 u 8 años, el niño está en un momento adecuado para comprender el concepto de muerte y que ya incluso a los 5 ó 6 años los niños tienen una cierta idea, aunque un tanto superficial, sobre lo que este término significa (Polaino-Lorente, 1987).

Hemos de advertir, sin embargo, que en el período de los 6 a 10 años de edad, el concepto de muerte experimenta más variaciones que en cualquier otra etapa de la vida. En los enfermos terminales, a partir de los 8 años de edad, algunos niños necesitan hablar sobre el tema de la muerte. Hay que contestar siempre a sus preguntas de forma simple y directa, teniendo en cuenta el contexto emocional y el grado de desarrollo del niño para responderles adecuadamente. Al niño no se le debe engañar nunca.

Muchos otros autores subrayan la visión tan real que el niño tiene acerca de la muerte, cuando se encuentra en los últimos estadios de su enfermedad. El niño mortalmente enfermo reacciona ante su enfermedad de manera que presenta mucha más ansiedad que el enfermo crónico que no sufre una enfermedad mortal. La conciencia de la enfermedad existe independientemente de que la familia se lo haya dicho o no. El niño enfermo de cáncer, sin embargo, se enfrenta mejor a los problemas asociados a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, si se le permite hablar y expresarse libremente.

¿Qué cabe hacer con el niño canceroso, desde el punto de vista del pedagogo? ¿Qué cabe hacer, más concretamente, con aquel que presenta un pronóstico fatal y que está abocado a una muerte próxima? Algunos autores sostienen, como punto de partida en la atención al enfermo moribundo, que las necesidades de éstos derivan de las dos realidades siguientes: que el enfermo moribundo es un ser humano que muere. Es decir, las necesidades de los moribundos son, de una parte, las necesidades fundamentales de cualquier ser humano y, de otra, las derivadas del hecho cierto y bien contrastado de que irremediablemente el enfermo evoluciona hacia la muerte.

Ante estas necesidades se abre un doble campo de acción e intervención: de un lado, la atención a todo el conjunto de necesidades fundamentales y comunes a todos los hombres (aquí se englobarían todas las áreas de asistencia escolar, recreativa, de apoyo psicológico, de comunicación, de relación, etc.), y de otro, la atención a aquellos aspectos concretos de la enfermedad terminal (aquí se incidiría sobre la intervención en el delicado y difícil campo de prepararles para la muerte, intervención a la que se le ha denominado con el término de «educación para la muerte»).

La educación se ocupa de aumentar cualquier capacidad de la persona para actuar a un nivel dado, no sólo académicamente, sino también desde el punto de vista psicosocial. Un programa de educación para la muerte va más allá de los objetivos meramente relacionados con el comportamiento en general. La capacidad de sufrimiento, en palabras de Frankl (1987), «es la capacidad de realizar valores de actitud. Desde la perspectiva del enfermo, el problema central del sufrimiento y su sentido gira en torno a la actitud con que se enfrenta con la enfermedad. Del modo de soportar un padecimiento necesario depende que se esconda en él un posible sentido.

La actitud ante el dolor y el desarrollo de esos valores de actitud son los que, en definitiva, deben lograrse con la preparación para la muerte, para seguir progresando en el perfeccionamiento humano de la persona que sufre, por muy fatal que sea su pronóstico.

Coincidimos con Shaler (1982) al señalar que «el dolor del contacto íntimo con un niño que no puede mejorar es difícil de sobrellevar, de manera que parece más cómodo evitar una relación que sólo puede terminar en separación dolorosa. Sin embargo, rehuir esta relación quizá origine el desamparo absoluto para el niño, en el momento en que más necesita la cercanía. Trabajar con niños moribundos es un desafío. Aunque no hay una fórmula fija, los viejos trucos de escuchar, ponerse en el lugar del otro, permitir la expresión de emociones negativas, establecer límites, dar la oportunidad de elegir determinadas cosas y prestar atención a los detalles son siempre útiles».

Y es que, como ha afirmado Blum (1984): «cuando un muchacho se enfrenta a la muerte, frecuentemente selecciona una persona con la cual compartir sus sentimientos. Ser seleccionado para este fin es un regalo, aunque suponga también una ardua tarea. Saber qué decir es menos importante que ser capaz de "estar". Si estás asustado, díselo; si no sabes qué decir, díselo también. Si no quieres hablar, no pasa nada. Tú no puedes eliminar el dolor y la enfermedad del otro, pero sí que puedes ayudarle a vivir lo más plenamente posible, dentro de sus limitaciones».

He aquí algunos consejos y orientaciones que pueden ser de utilidad para satisfacer ese derecho que tienen los niños a la educación en general, y a la educación para la muerte, en particular.

Bibliografía

BLUM, R. W.: *The Dying Adolescent. Chronic Illness and Disabilities in Childhood and Adolescence*, G. Stratton, 1984.

BREIBART, W.; HOLLAND, J.: «Psychiatric complications of cancer», en BRAIN, M. C.; CARBONE, P. P. (eds.): *Current Therapy in Hematology Oncology*, Toronto, Filadelfia, Decker, vol. 3, 1988, pp. 268-274.

DOHRENWEND, B. S.: «Class and race as status-related source of stress», en LEVINE, S.; SCOTCH, N. A. (eds.): *Social Stress*, Chicago, Aldine, 1970, pp. 110-140.

DOMÈNECH LLAVERÍA, E.; POLAINO-LORENTE, A.: *Epidemiología de la depresión infantil*, Barcelona, Espaxs, 1990.

DOMÍNGUEZ ALARCÓN, C.; CAMPOS, H., en KÜBLER-ROSS, E.: *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo, 1981, prólogo a la segunda edición castellana.

FURMAN, R. A.: «Death and dying child: some preliminary considerations», en *Psychoanalitic study of the child*, 19, 1964, pp. 321-323.

FREUDENBERGER, H. J.; RICHELSON, G.: *Burnout: The high cost of achievement*, Garden City, Nueva York, Double Day and Co, 1980.

GARCÍA-CONDE, J.; PASCUAL, A.: «La relación médico-enfermo en Oncología», en IBÁÑEZ, E.; BALLOCH, A.: *Psicología y Medicina*, Valencia, Promolibro, 1989, pp. 23-24.

GOL, J.: «Mort i dignitat humana», en *J. Gol i Gurina (1924-1985): Els grans temes d'un pensament i d'una vida*, Barcelona, La Llar del llibre, 1986, pp. 100-114.

GROLLMANN, E. A.: *Explaining death to children*, Boston, Beacon Press, 1967, pp. 3-27 (Prologue).

HENSEN, Y.: «Development of the concept of death: cognitive aspects», *Dissertation Abstracts International*, 34, 1973, p. 853.

HERRANZ RODRÍGUEZ, G.: *Comentarios al Proyecto del Código de Deontología Médica*, Pamplona, manuscrito, 1989.

HOLLAND, J. C.: «Psycological issues in the care of the terminal Ill», en *Directions in Psychiatry*, Nueva York, Hatherleigh, 1982, leccim 25.

IBÁÑEZ, E.: «La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer», en *Boletín de Psicología*, 21, 1988, pp. 27-50.

IBÁÑEZ, E.; DURÁ, E.: «La relación médico-paciente en Psicología oncológica», en IBÁÑEZ, E.; BELLOCH, A.: *Psicología y Medicina*, Valencia, Promolibro, 1989, pp. 9-22.

KANE, B.: «Children's concept of death», en *Journal of General Psychology*, 134, 1979, pp. 141-153.

KASHANI, J.; HAKANI, N.: «Depression in children whit malignancy», en *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 1982, pp. 474-477.

KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R.: *The psychology of death*, Nueva York, Springer, 1972.

KÜBLER-ROSS, E.: *On children and death*, Nueva York, Collier Books, Macmillan, 1983.
Sobre la muerte y los moribundos, Barcelona, Grijalbo, 1981.

LEDENBERG, M.; HOLLAND, J.: «Psycho-oncology», en KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, v. 2, 1989, 5th ed., pp. 1249-1264.

LEDENBERG, M.; HOLLAND, J.; MASSIE, M. J.: «Psycological aspects of patientes with cancer», en DE VITA, V. T., Jr.; HELLMANN, S.; ROSENBERG, S. A. (eds.): *Cancer: principles and practice of oncology*, Filadelfia, Lippincott, vol. 2, 1989, 3.ª ed., pp. 2191-2205.

MASSIE, M. J.; HOLLAND, J.; GLASS, E.: «Delirium in Terminally Ill. Cancer Patients», en *American Journal of Psychiatry*, 140, 1983, pp. 1048-1050.

MASSIE, M. J.; HOLLAND, J.: «The Cancer Patient with Pain. Psychiatric Complications and their Management», en *Medical Clinics of North America*, 71, 2, 1987, pp. 243-357.

MENIG-PETERSON, C.; MCCABE, A.: «Children

talk about death», en *Omega*, 8, 1977, pp. 305-317.
MISHARA, B. L.; RIEDEL, R. G.: *El proceso del envejecimiento*, Madrid, Morata, 1986, pp. 190-215.
NAGY, M.: «The child's theories concerning death», en *Journal of General Psychology*, 134, 1984, pp. 141-153.
NIETHAMMER, R. D.: «Kind im Krankenhaus. Ethische und humanitäre Fragen in der pädiatrischen Onkologie», en *Monatsschrift Kinderheilkind*, 130, 1982, pp. 66-70.
PAKES, E.: «The Dying, the Family and the Caregivers», en STEINHAUER, P.; RAE-GRANT, Q. (eds.): *Psycological Problems of the Child in the Family USA*, Basic Books, 1983, pp. 527-543.
PENZO, W.: *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*, Barcelona, Martínez Roca, 1989.
PIAGET, J.: *The moral judgement of the child*, Glecoe, Free Press, 1948.
POLAINO-LORENTE, A.: «El estrés de los profesores: estrategias psicológicas de intervención para su manejo y control», en *Revista Española de Pedagogía*, 157, 1982, pp. 17-45.
«La ansiedad y el estrés de los profesores de educación especial», en *Bordon*, 256, 1985, pp. 71-82.
«De la dignidad del sentido de la vida al sentido de la dignidad de la muerte», en *Sillar*, 1985, pp. 1945-1960.
«Depresión y suicidio infantil», en ALZATE DE HEREDIA, R.: *Trastornos de conducta en la infancia*, Bilbao, Imprenta Boan, 1987, pp. 171-216.
«Más allá de las experiencias de soledad en el hombre contemporáneo», en VV. AA.: *El Hombre: Inmanencia y Trascendencia*. Pamplona, XXV Reuniones Filosóficas de la Universidad de Navarra, vol. 2, 1991, pp. 1399-1439.
Educación especial personalizada, Madrid, Rialp, 1991.
POLAINO-LORENTE, A.; DEL POZO, A.: «Intervención pedagógica y cáncer infantil; una exigencia reclamada por la dignidad del niño, en GONZÁLEZ SIMANCAS, J. L.; POLAINO-LORENTE, A.: *Pedagogía Hospitalaria*, Madrid, Narcea, 1990, pp. 173-203.
RAIMBAULT, G.; ROGER, P.: «Thématique de la mort chez l'enfant atteint de maladie chronique», en *Archives Français de Pediatrie*, 26, 1967, pp. 1041-1053.
REDL, F.: «The life span interview workshop. Strategies and techniques of the life span interview», en *American Journal of Orthopsychiatry*, 29, 1959, pp. 1-18.
ROSCHLIN, G.: «How young children view death and themselves», en GOLLMAN, E. (ed.): *Explaining death to children*, Boston, Beacon Press, 1967, pp. 51-58.
SILBERFARB, P.: «Psychiatric Treatment of the Patient during Cancer Therapy», en *Cancer Journal Clinicians*, 38, 1988, pp. 133-137.
SHALER, O. J. Z.: *El niño y la muerte*, Alhambra, 1982.
THE LANCET: «In Cancer, honesty is here to say», 2, 1980, p. 245.
TORO, J.: «El concepto de la muerte en la infancia», en *Jano*, 2, 1988, pp. 33-35.
VACHON, M. L. S.; PAKES, E. H.: «Staff stress in the care of the critically ill and daying child», en WESS, H.; COURS, C. (eds.): *Childhood and death*, Nueva York, Hemisphere, 1981.
VERNICK, J.: «Communication avec l'enfant atteint d'une maladie à issue fatale», en ANTHONY, E. J.; KOUPERNIK, C.: *L'enfant devant la maladie et la mort*, París, 1974, pp. 88-100.
VERNICK, J.; KARON, M.: «Who's afraid of death on a leukemic ward?», en *Medicine Journal of Diseases Children*, 109, 1965, pp. 393-397.
VESPIEREN, P., en SAUNDERS, D.; BAINES, M.: *Living with dying*, Oxford, 1983, Prefacio a la edición francesa, París, Medsi, 1986.
WALTERS, W. H. G.: «La mort d'un enfant en milieu hospitalier», en ANTHONY, E. J.; KOUPERNIK, C.: *L'enfant devant la maladie et la mort*, 1974, pp. 131-138.
YALON, I. D.: *Existential Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1980.

27. EL DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO DE LA MUERTE

P. Martínez-Lage Álvarez y J. M. Martínez-Lage

Introducción

A diferencia del concepto de enfermedad, el concepto de muerte no puede determinarse exclusivamente por criterios médicos. Si bien es importante separar las esferas de la Medicina y la Filosofía, ninguna de ellas puede permitirse el lujo de ignorar sus respectivas contribuciones. La afirmación de que un individuo está vivo o muerto puede depender del entendimiento que se tenga del concepto de muerte. Dicho concepto puede variar mucho según las diferentes culturas, religiones o enfoques científicos. Puede incluir formulaciones como «la separación del alma del cuerpo», «la destrucción de todas las estructuras físicas», «la pérdida de la capacidad de interacción social», «la pérdida irreversible de la consciencia», «la pérdida de la integración corporal» y muchas otras. Se entiende que, cualquier cambio en la definición del concepto de muerte, trae consigo cambios correspondientes en los criterios y pruebas diagnósticas del estado de muerte. Estos criterios sólo pueden tener verdadero significado si derivan de un concepto apropiado unívoco e inequívoco. Es decir, el concepto que especifique la pérdida irreversible de determinadas funciones y que evite la anómala situación en la que un individuo estaría muerto según unos determinados criterios y vivo de acuerdo con otros. La muerte debe ser definida como la pérdida irreversible de la función del organismo humano como un todo. Éste es un concepto biológico que presupone e implica la pérdida irreversible de la consciencia y la capacidad de reacción (aconsciencia y arreflexia), la pérdida irreversible de la capacidad de respirar (apnea) y, por tanto, de mantener un latido cardíaco espontáneo (asistolia).

El concepto de muerte cerebral. Precedentes históricos

Si el concepto de muerte se basa en el funcionamiento integrado del organismo como un todo, es obligado determinar cuál es el órgano en el que reside la responsabilidad de dicha integración. Consecuentemente las pruebas encaminadas a medir o estimar las funciones de ese órgano son de interés trascendental para el diagnóstico de la muerte.

Hasta los años 50 había dominado la concepción cardiorrespiratoria de la muerte. La parada cardíaca, la desaparición del pulso y de la respiración, se consideraban por sí mismos criterios diagnósticos válidos del estado de muerte. Desde entonces, muchos pacientes que se hubiera dicho que estaban muertos, hoy no muestran los signos de parada respiratoria y cardíaca gracias al empleo de técnicas de reanimación, crucialmente gracias al empleo de maquinas de respiración controlada. Sin embargo, en ellos se produjo ya el fallo o parada cerebral irreversible, lo cual no conlleva signos externos visibles o apreciables para cualquier observador. Una persona conectada a un respirador pasa del estado de vida al estado de muerte, por fallo cerebral irreversible, sin perder el «aliento» y sin que su corazón deje de latir. Se dio un paso conceptual muy importante al establecer que es el cerebro, y no el corazón, el órgano crítico cuyo fallo irreversible define la muerte.

La noción de muerte del ser humano como resultado del cese irreversible de todas las funciones cerebrales o encefálicas, con mantenimiento de las funciones circulatorias y respiratorias por medios artificiales, surgió hace ya más de veinticinco años. El primer antecedente está en las publicaciones de Mollaret y Goulon y de forma casi simultánea de Wertheimer, Jouvet y Descotes.

Estos autores franceses describieron la situación de varios enfermos a la que ellos denominaron «coma dépassé». Se trataba del estado de un cuerpo humano que mantenía funciones cardiorrespiratorias merced a la necesaria asistencia de un respirador y de otras medidas de reanimación circulatoria, pero en el cual no había evidencia ni indicio alguno de función cerebral ni clínica ni paraclínicamente (silencio eléctrico cerebral). Durante la década de los sesenta se iría confirmando la experiencia de Mollaret y Goulon con las grandes series de seguimiento de pacientes en coma. Por otro lado, con los progresos en la reanimación cardíaca y respiratoria, aparecía un número cada vez mayor de enfermos con lesiones irreversibles, pero no totales, del encéfalo que evolucionaban a estados de coma crónico o estado vegetativo persistente. Surgió entonces la necesidad de determinar claramente la diferencia entre las lesiones totales e irreversibles del encéfalo (cerebro y tronco cerebral) y las lesiones también irreversibles pero no totales del encéfalo. La frontera entre la vida y la muerte, el punto de no retorno, tuvo que ser definido con toda precisión. Se abrió paso la convicción de que la muerte del encéfalo es sinónimo de muerte del individuo. En 1968 aparece el primer protocolo diagnóstico elaborado por el Comité de la Universidad de Harvard designado a tal efecto. En él se enumeran los criterios de lo que se denominó «coma irreversible» —término poco afortunado— y que se propuso como nueva definición de muerte. El problema, como afirma Veatch, estuvo en que este informe no ofrecía argumento o evidencia alguna que demostrara que el estado de «coma irreversible» significara la muerte de la persona como un todo. De cualquier forma supuso el primer paso en el desarrollo de los criterios neurológicos para el diagnóstico de la muerte. Según el Ad hoc Committee de Harvard, los cuatro requisitos que debían cumplirse para calificar el coma irreversible habían de ser: Ausencia de respuesta cerebral a cualquier estímulo, ausencia de movimientos espontáneos o inducidos, ausencia de respiración espontánea y ausencia de reflejos tendinosos profundos y del tronco cerebral. Recomendaban, así mismo, la presencia de un electroencefalograma plano y la exclusión de condiciones de hipotermia y de intoxicación por fármacos. Posteriormente se publicaron diversos trabajos sobre el tema. Silverman continuaba defendiendo la validez del electroencefalograma plano como signo de valor confirmatorio para el diagnóstico del «Síndrome de Muerte Cerebral». El término de muerte cerebral («brain death») fue acuñado y cobró carta de naturaleza en todo el mundo anglosajón. Por otro lado, Mohandas y Chou, en 1971, serían los primeros en afirmar que el diagnóstico de la muerte puede realizarse exclusivamente por procedimientos clínicos. Este trabajo no fue aceptado en los Estados Unidos por razones de tipo técnico. Pero no se debe negar el mérito que tuvo de sentar una conclusión conceptual original que ha sido confirmada posteriormente por la experiencia acumulada en los 20 últimos años. Fue, además, el germen del actual Código del Reino Unido sobre Muerte Cerebral que es el punto de vista y de referencia que defienden la mayoría de los neurólogos.

Los autores quieren adelantar ya que prefieren no usar el término de muerte cerebral, puesto que ello puede inducir a pensar que cabe distinguir también muerte cardíaca, muerte pulmonar, etc. La muerte no puede conllevar adjetivos. Una persona está viva o está muerta. El paso de un estado al otro es un proceso más o menos rápido, no se produce en un instante. Pero al fin y a la postre el estado de muerte es la consecuencia del fallo irreversible de la totalidad de la función cerebral, ya sea porque el paro irreversible cardiopulmonar conduce secundariamente al fallo cerebral irreversible, ya sea porque primariamente sucumbe definitiva e irreparablemente toda función cerebral, aunque la máquina mantenga durante horas o días (nunca más de una semana aproximadamente) la función respiratoria y circulatoria. El diagnostico neurológico de la muerte incurre en la Medicina como una nueva forma de morir. Es como una decapitación funcional, para decirlo de una manera gráfica e ilustradora.

En 1971 Finlandia fue el primer país en aceptar los criterios neurológicos para el diagnóstico de la muerte. Destacarían por su carácter innovador los artículos publicados por la Conference of Royal Colleges del Reino Unido en los años 1976 y 1979 basados en el mencionado trabajo de Mohandas y Chou. En ellos se defiende que basta el diagnóstico de muerte irreversible del tronco del encéfalo para inferir la muerte del encéfalo como totalidad y, por tanto, la muerte del individuo. Además, se afirma en esos documentos que tal diagnóstico puede llevarse a cabo por criterios y pruebas exclusivamente clínicas sin necesidad de procedimientos instrumentales complejos. En julio de 1981 la Comisión nombrada por el Presidente de los Estados Unidos

para el Estudio de problemas Éticos en Medicina y para la Investigación Conductual elaboró un informe en el que se afirma: «Está muerto un ser humano al que ha sobrevenido, bien una interrupción irreversible de las funciones respiratorias y circulatorias, bien una interrupción irreversible de las funciones cerebrales, incluyendo las del tronco cerebral. La determinación de la muerte ha de ser hecha de acuerdo con los estándares médicos establecidos». Se constituyó así una base sólida para aceptar y comprender esa nueva forma de morir, a la vez que se estableció que la muerte se puede definir y determinar por criterios diagnósticos estrictamente neurológicos.

En la mayoría de los países se acepta hoy que, desde el punto de vista médico y legal, la muerte del encéfalo es equivalente a la muerte del individuo como conjunto. Hay que señalar que esta aceptación no supone la existencia de un nuevo concepto de muerte. Puede decirse que hay una nueva forma de morir pero no una nueva forma de estar muerto. Se reitera que la muerte como tal no admite grados ni adjetivos. Se trata más bien de la reformulación de un concepto, de una definición o una explicación donde previamente no existía ninguna. La concepción tradicional de la parada cardiorrespiratoria no aportaba criterios diagnósticos absolutamente válidos. Más o menos latente existía la idea de muerte aparente y vida real que a tantas personas angustió y que dio origen a tanta historia novelada o no de enterramientos y actos funerarios de personas con vida. La nueva situación de vida aparente (merced al respirador) y muerte real (neurológicamente incontrovertible) ha disipado toda duda al respecto. La parada cardiorrespiratoria puede ser primaria y conducir al fallo cerebral irreversible, como es la forma más habitual de morir. Pero también ocurre a la inversa. Lo importante es comprender que en ningún caso el hecho crucial para la definición de la muerte radica en la parada cardíaca. Está demostrado que «un cadáver que se mantiene artificialmente con soporte respiratorio y circulatorio tiene un paro cardíaco definitivo (asistolia) en horas o en días, pero nunca más allá de nueve días». Así pues, cuando se constata, a través de los signos neurológicos apropiados, que un individuo sufre una lesión destructiva total e irreversible de su cerebro y tronco cerebral, las técnicas artificiales sólo consiguen retrasar horas o días el cese funcional del resto de los órganos que tradicionalmente constituían signos de vida (pulso y aliento).

Criterios diagnósticos neurológicos de la muerte. Legislación actual

Definido el concepto de esta nueva forma de morir, «con el corazón latiendo», y a pesar de la amplia experiencia acumulada desde las primeras descripciones del *coma dépassé* de Mollaret y Goulon, todavía persisten ciertas discrepancias en torno al tema de la «muerte cerebral». Lógicamente resultó difícil, tanto para el médico como para los familiares y la opinión pública en general, la aceptación de la muerte de un individuo que presenta signos «tan vitales» como el latido cardíaco, la respiración, la coloración o la temperatura corporal. Además, la polémica ha sido impulsada en alto grado por toda la temática del trasplante de órganos. Se hizo necesario legislar con criterios diagnósticos claros y precisos la toma de decisiones respecto a la interrupción o cambio de sentido de las técnicas de reanimación cardiorrespiratorias en personas muertas conforme a criterios neurológicos y, por otro lado, definir el momento en que pudiera realizarse sin riesgo moral o legal la extracción de órganos impares —especialmente el corazón— para ser trasplantados. Hoy día puede decirse que el diagnóstico de la muerte por cesación total e irreversible de las funciones del cerebro y el tronco cerebral es simple, inequívoco, cierto y verificable por cualquier médico experimentado.

En España los criterios legales para el diagnóstico neurológico de la muerte están recogidos en el Real Decreto 426/1980, que desarrolla la ley 30/1979 sobre Extracción y Trasplante de Órganos, que en su artículo 10 establece:

«Los órganos para cuyo trasplante se precisa la viabilidad de los mismos, sólo pueden extraerse del cuerpo de la persona fallecida previa comprobación de la muerte cerebral, basada en la constatación y concurrencia durante treinta minutos, al menos, y la persistencia seis horas después del comienzo del coma, de los siguientes signos:

Uno. Ausencia de la respuesta cerebral con pérdida absoluta de conciencia.

Dos. Ausencia de respiración espontánea.

Tres. Ausencia de reflejos cefálicos con hipotonía muscular y midriasis.

Cuatro. Electroencefalograma «plano», demostrativo de inactividad eléctrica cerebral.

Los citados signos no serán suficientes ante situaciones de hipotermia inducida artificialmente o de administración de drogas depresoras del sistema nervioso central.

El certificado de defunción basado en la comprobación de la muerte cerebral será suscrito por tres médicos, entre los que deberán figurar un neurólogo o neurocirujano y el Jefe de Servicio de la unidad médica correspondiente o su sustituto. En aquellos casos en los que esté interviniendo la autoridad judicial podrá formar parte del equipo que va a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante.»

La redacción de este artículo legislativo resulta demasiado simple y en algunos puntos el texto es impreciso e incompleto. La ley ha sido revisada por diversos autores: García-Albea, Feijoo de Freixo, Martínez Lage y Barraquer Bordás, Fernández-Martín y otros, e incluso se discutió en octubre de 1987 un nuevo proyecto de Real Decreto que no llegó a prosperar.

A continuación se reproduce un resumen del protocolo diagnóstico elaborado por la Sociedad Española de Neurología y aprobado en el V Congreso Nacional de Neurología el 6 de septiembre de 1982

Criterios neurológicos de muerte

a) Principios de actitud diagnóstica

Sólo se puede tomar una actitud de considerar el diagnóstico de muerte por fallo cerebral completo e irreversible cuando se están poniendo en práctica todas las medidas de reanimación, recuperación o resucitación de tal fallo. Sólo entonces se ha de plantear la valoración de las pruebas neurológicas clínicas o paraclínicas que determinen si la muerte se ha producido o no.

Hay que señalar a propósito de este punto que la muerte sobreviene, en tales condiciones, en muy escaso número de personas

b) Requisitos previos para la aplicación de los criterios neurológicos de muerte. Condiciones que pueden excluir la consideración neurológica de la muerte

1. Exclusión de intoxicación exógena o endógena potencialmente curable.
2. Ausencia de hipotermia.
3. Ausencia de shock cardiovascular.
4. Exclusión en razón de la edad. El cerebro de los niños (peso corporal inferior a 30 kg.) resiste el fallo funcional durante más tiempo que el del adulto. Por tanto, los criterios neurológicos de muerte pierden consistencia o inmediatez en casos de niños menores de 5 años.

Praxis y protocolo

Sólo se puede considerar el diagnóstico de muerte por fallo cerebral completo e irreversible como resultado de un intento de reanimación o resucitación. Por tanto, la persona que ha muerto o está en trance de morir así ha de encontrarse conectada a un respirador mientras se contempla el diagnóstico de vida o muerte.

Las causas más frecuentes de fallo cerebral que, a pesar de los intentos de resucitación, pueden conducir a la muerte son enfermedades cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, procesos expansivos intracraneales y paradas cardíacas y respiratorias responsables de anoxia cerebral. También las intoxicaciones endógenas y exógenas y las infecciones del sistema nervioso central pueden llevar a un enfermo a requerir la reanimación dentro de la cual sobrevenga la muerte.

El diagnóstico neurológico de muerte sólo puede incoarse con un conocimiento objetivo de la causa primaria del fallo cerebral, de la real naturaleza del fallo cerebral.

Protocolo

A. Nombre de la persona explorada:
Edad.
Fecha de exploración.
Hora de exploración.
Médico examinador.
Diagnóstico fundamental y positivo del fallo cerebral.
Bases objetivas del diagnostico (historia clínica o pruebas paraclínicas; especificar).
(En ausencia de un diagnóstico positivo no ha de proseguirse la cumplimentación de este protocolo.)

B. ¿Está la persona en respiración controlada?
(En caso negativo no proseguir en el intento diagnóstico de vida o muerte.)
¿Cuál es la temperatura corporal en el momento de la exploración?
(Si es inferior a 33 grados centígrados no proseguir en el intento diagnóstico de vida o muerte.)
¿Está la persona en shock profundo cardiovascular con tensión arterial no superior a 8/4?
(Si la respuesta es afirmativa no proseguir en el intento diagnóstico de vida o muerte.)

C. Cumplidas las condiciones de los apartados A y B, se procede a constatar los criterios basados en el examen clínico neurológico demostrativo de ausencia de función cerebral de cualquier tipo:

1. ¿Existe coma, aconsciencia demostrada por falta absoluta de reactividad conductual, motora, refleja o vegetativa a estímulos nociceptivos? (excluir estados de desaferentización, curarización, etc.).
2. ¿Existe hipotonía muscular generalizada de cabeza tronco y extremidades?
3. ¿Están las pupilas dilatadas con al menos 3 mm de diámetro, y totalmente arrefléxicas? (excluir enfermedad pupilar preexistente).
4. ¿Están abolidos todos los reflejos integrados en el tronco cerebral (corneal; audio-ocular; labial; maseterino; nauseoso; tusígeno-estímulo traqueal; deglutorio.
5. ¿Están abolidas las reacciones óculo-cefálicas tras movimientos bruscos de lateralización y flexo-extensión de la cabeza?
6. ¿Existe ausencia de toda respuesta ocular a la estimulación vestibular con 50 c.c. de agua helada debidamente aplicada en ambos conductos auditivos externos? (excluir enfermedad otológica laberíntica previa).
7. Si las respuestas a los puntos 1 a 6 son inequívocamente afirmativas, puede procederse a comprobar la existencia de apnea. Para ello se ha de hacer respirar a la persona que se esta examinando con oxígeno puro, al 100 por ciento, durante 20 minutos. Al cabo de este tiempo simultáneamente se desconecta el respirador y se aplica un catéter con O_2 endotraqueal que administre 6 litros por minuto. Se observa durante 10 minutos. ¿Existe apnea absoluta durante todo este tiempo de observación? (excluir apnea posthiperventilación).
8. ¿No se modifica la frecuencia cardíaca tras un bolo intravenoso de 2 mg de atropina?

Si se cumplen los criterios 1 al 8, puede firmarse el certificado de defunción.

9. La aparición de hipotermia, colapso cardiocirculatorio, diabetes insípida o trastornos electrocardiográficos no son criterios diagnósticos a tener en cuenta.

La temperatura corporal y la circulación sistémica pueden mantenerse normales durante horas después de haber ocurrido la muerte.

10. Verificada la muerte pueden existir reflejos de automatismo medular que varíen desde una simple flexión plantar lenta de los dedos del pie tras la estimulación nociceptiva hasta complejas respuestas masivas. Su aparición va ligada a la etiopatogenia de la muerte por la afectación bulbomedular o medular de cada caso. Igualmente guarda relación con el tiempo en que se mantengan artificialmente las funciones cardiorrespiratorias.
11. La asistolia, parada cardíaca, se produce en horas o días (máximo 9 días) pese a todo intento de mantenimiento artificial de la función circulatoria.

c) Pruebas confirmatorias

Cumplidos los criterios clínicos de diagnóstico neurológico de muerte, se puede recurrir a pruebas confirmatorias. De ellas, el silencio eléctrico cerebral del EEG, el trazado nulo o isoeléctrico (con amplificación de 12,5 microvoltios = 1 mm), es el que contempla el Real Decreto 426/1980. Se ha comprobado que lesiones directas del tronco cerebral pueden producir todos los signos clínicos de ausencia de función del tronco cerebral pero con actividad EEG. Ha de tenerse en cuenta, sin embargo, que un EEG isoeléctrico puede aparecer en situaciones de intoxicación barbitúrica o bajo la acción de fármacos depresores del sistema nervioso central, en casos de anoxia cerebral global, de hipotermia, de encefalitis o de contusión traumática del tronco cerebral sin que concurran los síntomas o criterios clínicos neurológicos de muerte. Por tanto, el silencio eléctrico cerebral ha de ser un criterio confirmatorio, pese a opiniones expresadas en contra.

Otras pruebas confirmatorias (angiografía, flujo sanguíneo cerebral, potenciales evocados, etc.) no aportan datos más precisos y operativos en el diagnostico neurológico de la muerte.

12. ¿Existe un electroencefalograma isoeléctrico o silencio eléctrico cerebral o trazado nulo (con amplificación de 12,5 microvoltios = 1 mm) registrado después del examen clínico especificado?

Caso de que los hallazgos exploratorios definidos en los puntos 1-8 y 12 sean incuestionablemente positivos, se han de recoger en un debido escrito y firmar por los tres médicos que llevaron a cabo la exploración. Pasadas 6 horas, se ha de repetir el examen clínico neurológico y el registro electroencefalográfico. Se dejará constancia escrita y firmada de la persistencia y concurrencia de los criterios neurológicos de muerte. Tal es el pro-

ceder para cumplir con la legislación española vigente.

d) Factores de tiempo en el diagnóstico neurológico de la muerte

Existen diferencias entre los diversos códigos existentes de diagnóstico neurológico de la muerte con respecto a cuándo los criterios han de ser estimados y en cuánto tiempo han de cumplirse o corroborarse. El período de 6 horas es el más generalizado y el que establece el Real Decreto 426/1980.

Éste es, en resumen, el protocolo diagnóstico que la Sociedad Española de Neurología elaboró en 1982, siguiendo los puntos marcados por la ley 30/79. Hoy, la polémica persiste, como se verá a continuación, especialmente centrada en lo que se refiere a las técnicas de confirmación del diagnóstico (el electroencefalograma y los potenciales evocados) y también en lo referente a los fármacos depresores del sistema nervioso central, cuyo uso es frecuente en los estados de coma.

Revisión y discusión de los criterios de diagnóstico neurológico de la muerte

Las descripciones originales de la mal llamada «muerte cerebral» produjeron, como se ha comentado, una verdadera conmoción en el mundo médico y no médico, en los que se tardó varios años en aceptar que el fallo cerebral total e irreversible, adecuadamente diagnosticado, es sinónimo de la muerte del individuo. Incluso hoy, a pesar de las evidencias acumuladas, la legislación de algunos países no acepta el certificado de defunción basado en el diagnóstico neurológico de la muerte. Hay que tener en cuenta que la definición de la muerte en sentido genérico y abstracto, o de cuándo una persona humana deja de serlo, o de cuánto cerebro debe destruirse para que una persona pierda su condición específicamente humana, requiere abordajes metodológicos distintos. El diagnóstico neurológico de la muerte no pretende determinar en qué momento ésta se está produciendo, ni tampoco definir en qué consiste el proceso que está teniendo lugar. El diagnóstico neurológico de la muerte únicamente permite afirmar si una persona ha muerto o no. Por ello, desde el punto de vista médico es suficiente el método empírico de la correlación anátomo-clínica y clínico-evolutiva que permite afirmar y determinar por criterios clínicos cuándo se ha producido de forma irreversible la destrucción de la porción crítica del cerero que es incompatible con la vida.

Inicialmente el concepto de «muerte cerebral» no hizo distinciones ni énfasis sobre qué parte del cerebro era verdaderamente esencial para marcar el punto de no retorno en el proceso hacia el paro cardíaco irremediable y el cese funcional de todos los demás órganos. De ahí que el término «total» aplicado a la lesión del sistema nervioso en las primeras definiciones tenía un carácter de extensión máxima. Así, por ejemplo, se exigía la arreflexia total (criterios de Harvard) cuando poco después se tuvieron evidencias de que los reflejos espinales podían persistir. Esta circunstancia se tuvo en cuenta en la redacción de otros protocolos y se empezó a hablar de la lesión del sistema nervioso por encima del «agujero occipital».

Pocos años después ya se hizo evidente que el concepto de lesión total del cerebro para un diagnóstico empírico operativo de la muerte no implicaba necesariamente una interpretación maximalista, asimilándolo a una lesión de todas y cada una de las neuronas del cerebro, sino sólo a la parte necesaria para poder asegurar el desenlace fatal inevitable. Esto fue perfectamente expresado por Mohandas y Chou en 1971: «Lo que estamos intentando definir más allá de toda duda razonable es el estado de lesión irreversible del tronco cerebral. Éste es el punto de no retorno». Este punto de vista fue aceptado por la Conferencia del Royal College Británico en 1976 y ha sido ampliamente expuesto y argumentado por Pallis. Hoy sigue vigente en los países de influencia británica, no ha sido invalidado por nadie y se ha ido extendiendo a Europa y los Estados Unidos. Éste es actualmente uno de los principales puntos de controversia y tiene su origen en la confusión semántica a que da lugar la utilización del término anglosajón de «brain death». Los británicos, frente a los norteamericanos, definieron la muerte cerebral (*brain death*) en términos de muerte del tronco cerebral (*brain stem death*). Posteriormente, igualaron el concepto de muerte del tronco cerebral con el de muerte de la persona, en razón de facilitar la donación para el trasplante de órganos. Algunos autores, como Lang y Shewmon defienden que no puede declararse

la muerte de una persona mientras no se haya confirmado el cese funcional irreversible de la totalidad del encéfalo, cerebro y tronco cerebral. Desde este punto de vista, afirman que en el enfermo con lesión irreversible del tronco cerebral, pero con actividad cortical residual demostrada en el EEG, estaría justificado retirar las medidas de reanimación, pero la extracción de órganos impares supondría una verdadera práctica homicida de eutanasia. Grigg y cols. aseveran que «una actividad eléctrica residual que se origina en una corteza desaferentizada, no puede considerarse como vida cerebral». La preservación de ciertos acúmulos neuronales, corticales o subcorticales, con eventual traducción bioeléctrica, no puede sustentar el concepto de vida personal y, por tanto, contradecir el de muerte de la persona. En la amplia revisión realizada por Plum y Posner, sobre 877 pacientes que cumplían los criterios clínicos de muerte cerebral, ninguno de ellos sobrevivió, a pesar de que en 43 se registró actividad residual en el EEG. Por otro lado, siguiendo el camino contrario, Jennet y col. estudiaron 1.939 pacientes en coma, demostrando que de los 1.003 que sobrevivieron ninguno había satisfecho en momento alguno los criterios estrictamente clínicos de muerte cerebral. Los mismos resultados fueron obtenidos por Levy sobre una serie de 500 pacientes, de los que 121 sobrevivieron. Únicamente se ha publicado un caso en el que un enfermo que cumplía los criterios clínicos de muerte cerebral y que presentaba un EEG isoeléctrico, se recuperó posteriormente. Sin embargo, la prueba crucial de si existía o no apnea, se había realizado incorrectamente.

Por otro lado, Walker, en su análisis del estudio Cooperativo Americano, ha señalado una alta correlación (99 por ciento) entre la arreflexia encefálica y la ausencia de actividad bioeléctrica en el EEG.

Quedó, por tanto, establecido que la parte esencial del cerebro que debe estar totalmente lesionada para poder sentar el diagnóstico neurológico de la muerte es el tronco cerebral y que tanto el coma (aconsciencia) como el cese funcional cortical son secundarios a la anulación del tronco cerebral. La consecuencia lógica que se deduce es que las pruebas diagnósticas destinadas a confirmar la ausencia de actividad eléctrica cortical son innecesarias e injustificadas.

El papel del electroencefalograma (EEG) en el diagnóstico neurológico de la muerte

El EEG nulo o silencio eléctrico cerebral (SEC) no confirma el diagnóstico de la muerte

Históricamente la observación de que los pacientes en «coma dépassé», según la terminología original de los autores franceses, tenían un EEG nulo fue añadida secundariamente a los criterios clínicos. Sin embargo, por un mal planteamiento conceptual y semántico, que ha alcanzado al público y a la prensa, se ha exagerado el papel del EEG en el diagnóstico de la muerte. El EEG plano ha llegado a adquirir un lugar protagonista y definitorio de muerte, lo cual es falso. Así, con frecuencia se dice que el SEC confirma la muerte del cerebro y, a la inversa, que la presencia de alguna actividad en el EEG anula el valor de los criterios clínicos

Esto, como bien puede comprenderse, es radicalmente erróneo. El SEC acompaña y aparece, en un momento dado, al proceso de lesión irreversible del cerebro. Pero es bien sabido que tal silencio EEG puede observarse transitoriamente en situaciones reversibles de trastornos tóxicos o metabólicos del cerebro así como en situaciones de lesión estructural orgánica cuando el tronco cerebral está aún funcionando. Una persona que conserva alguna función del tronco cerebral, especialmente si no está en apnea, y que presenta un EEG plano puede sobrevivir en tan crítica situación.

Por otro lado, una persona con ausencia de toda función del tronco cerebral, y desde luego en apnea, aunque conserve alguna actividad electroencefalográfica, fallece siempre, y pronto, por asistolia. La aparición de actividad eléctrica cerebral después de producirse la «muerte cerebral» ha sido descrita en numerosas ocasiones y se ha establecido, mediante estudios con registro de EEG continuado que la apnea de muerte precede en la mayoría de los casos al silencio eléctrico. Puede decirse entonces que la presencia de actividades eléctricas residuales no contradicen el diagnóstico clínico neurológico de muerte.

No se debe confundir el valor diagnóstico con el valor pronóstico del silencio eléctrico cerebral

El silencio eléctrico cerebral recogido en las condiciones apropiadas, tiene un gran valor pre-

dictivo de la evolución de la situación clínica. Así, por ejemplo, en el estudio cooperativo americano, ningún enfermo de los 503 estudiados con lesión estructural cerebral, sobrevivió después de un trazado EEG nulo de 30 minutos de duración. De 1.665 enfermos con EEG nulo, sólo sobrevivieron 3, y los 3 eran comas tóxicos

El EEG, como otras pruebas instrumentales, tiene por tanto su valor en el estudio de los enfermos, a veces en el estudio de la etiología y, desde luego puede ayudar a predecir la evolución. Pero erigir el EEG en criterio supremo del diagnóstico de muerte, puede conducir, como se ha visto, a auténticas prácticas ni éticas ni deontológicas. Y viceversa, puede sustentar conductas terapéuticas superfluas, caprichosas e injustificadas ética y deontológicamente.

El EEG nulo no es una prueba más objetiva que las maniobra clínicas

Nunca ha pasado por la imaginación de los legisladores el exigir un electrocardiograma para objetivar el paro cardíaco. Sin embargo, tal proceder, tendría más sentido que exigir un EEG para el diagnóstico neurológico de la muerte. El diagnóstico de la muerte por paro cardíaco se basa en una sola comprobación clínica (la ausencia de latido o ruidos cardíacos) que adquiere una categoría de prueba única y absoluta, mientras que el diagnóstico clínico neurológico de la muerte se basa en una serie reglada y sistemática de maniobras. Tales maniobras tratan de poner a prueba de manera exhaustiva la reactividad refleja del tronco cerebral. Todas ellas y especialmente la comprobación de la apnea irreversible son absolutamente ostensibles, definitivas y objetivas cuando se realizan bajo la observación de médicos experimentados y cuando se exige el cumplimiento riguroso y total del proceso diagnóstico. No debería existir la más mínima duda ni para el gran público, ni para los legisladores o los médicos forenses acerca de la fiabilidad de las pruebas clínicas neurológicas del diagnóstico de la muerte, si se lleva a cabo la necesaria acción divulgativa y educadora. Son muchos los argumentos de orden técnico, fisiológico, clínico y cultural que pueden ser aducidos para tomar en consideración la no necesidad del registro del EEG en el diagnóstico neurológico de la muerte. Como se ha descrito anteriormente, los errores que pueden cometerse cuando el diagnóstico se basa en el electroencefalograma pueden ser diversos y graves. Sin embargo, tales situaciones anómalas, la del cadáver con actividad eléctrica cerebral o la de aquel sujeto que estando vivo presenta un EEG plano, se evitan cuando se siguen concienzudamente los criterios clínicos y de exclusión que ya han sido debidamente protocolizados.

Por otro lado, si la parte crítica del cerebro para mantener su función integradora es el tronco cerebral, el EEG, que sólo muestra la actividad eléctrica cortical, probablemente generada en centros subcorticales, poco puede decir del funcionamiento del tronco. Éste, por el contrario, sí que puede determinarse de forma clara e inequívoca mediante las correspondientes pruebas clínicas.

Las actividades eléctricas residuales en el EEG no anulan el diagnóstico clínico neurológico de muerte

Son numerosos los trabajos que refieren la aparición de actividad eléctrica cerebral en sujetos que cumplen los criterios neurológicos de muerte. Ashwal y Schneider las habían demostrado en niños. En la serie de Plum y Posner, de 449 enfermos en coma apneico con todos los criterios clínicos de muerte, 27 presentaban durante algún tiempo diversas actividades eléctricas en el EEG. Grigg y cols. encontraron tres patrones EEG distintos. En su serie de 56 pacientes con el diagnostico clínico de muerte, 9 presentaban actividad theta o beta de bajo voltaje; 2 presentaron actividad similar a la del sueño; y en uno de ellos el EEG mostro actividad alfa monótona, arreactiva y de predominio anterior. Independientemente de que presentaran actividad en el EEG o no, ninguno de los 56 pacientes se recupero ni sobrevivió.

Grigg y cols. han atribuido las actividades residuales en el EEG a islotes neuronales corticales que han sido reperfundidos por circulación cortical colateral y les permite mantenerse viables durante un tiempo. Ambos autores concluyen que no hay que invalidar el concepto de «muerte cerebral» por estas actividades residuales en el EEG cuyo valor como test confirmatorio de muerte debe ser, por tanto, cuestionado.

Estas observaciones refuerzan la idea de que las maniobras clínicas exploratorias de la función del tronco cerebral pueden demostrar la muerte del individuo antes de que haya ocurrido la muerte de cada una de las neuronas en el interior del cerebro. La muerte de una persona no puede definirse como la muerte de todas sus células, neuronales o no. De todos es conocido el hecho de que en el cadáver crece la barba y aun las uñas.

El silencio eléctrico cerebral no debe ser un criterio esencial para el diagnóstico de la muerte

Ya en 1969, un año después de publicarse los criterios de Harvard, en los que se mencionaba el valor confirmatorio del EEG, los integrantes de tal Comité eran unánimes al afirmar que esta exploración no era esencial para el diagnóstico de la muerte. La misma opinión ha sido expresada por numerosos autores

A pesar de la opinión popular de que el EEG plano es un indicador objetivo de la muerte, hay una clara tendencia en los hospitales británicos y americanos hacia el abandono de su empleo como test diagnóstico. Y esta tendencia se explica fundamentalmente por la experiencia clínica que ha puesto de manifiesto la gran cantidad de problemas prácticos que conlleva una actitud tan reduccionista como la de tratar de identificar la vida con la electricidad. El problema fundamental reside en la aparición de numerosos falsos positivos y falsos negativos. Como ya se ha mencionado, no sólo se han descrito casos de actividad residual eléctrica en pacientes diagnosticados de muerte, sino que también son numerosas las referencias de enfermos con EEG isoeléctrico que han sobrevivido a procesos de anoxia cerebral, traumatismos, meningitis estreptocócicas o encefalitis por herpes *simplex*. Esta trágica posibilidad de un falso positivo ya había sido puesta de manifiesto en 1976 en el estudio de Powner sobre los fármacos que, incluso a niveles bajos, podían dar lugar a períodos de «ausencia» de actividad eléctrica en el EEG. Agich ha llegado a afirmar que incluso en ausencia de estas complicadas circunstancias, no existen evidencias suficientes para afirmar que los trazados isoeléctricos sean una indicación segura de muerte cerebral.

Por otro lado, la supresión del silencio eléctrico cerebral como criterio diagnóstico se fundamenta también en la convicción de que es el tronco cerebral la parte esencial cuya destrucción es incompatible con la vida. El EEG no ofrece ayuda alguna en el estudio del funcionalismo troncoencefálico. Si bien los signos clínicos demostrativos de la ausencia de los reflejos del tronco carecen por completo de ambigüedad para el médico experimentado, no puede decirse lo mismo en el caso del registro electroencefalográfico. El ambiente de las unidades de cuidados intensivos no es el adecuado para su obtención: «Las señales cerebrales registradas con ganancias altas han de competir con aquellas generadas por el respirador, la maquina de diálisis, el latido cardíaco, el balistocardiograma, el personal que entra en la sala e incluso por el personal que lleva ropa interior de nylon». No existe una técnica de medida estandarizada para conseguir un trazado verdaderamente plano. Es más, se tienen dudas sobre si la obtención de tal registro es técnicamente posible.

La supresión, dentro de un protocolo diagnostico de muerte, del «electroencefalograma plano» puede producir sorpresa en el personal mal informado médico y no médico. Sin embargo, esta sensación de inseguridad inicial, probablemente no es distinta de la que se produjo cuando se admitió que en el cadáver podían estar presentes los reflejos espinales. El *shock* emocional puede ser fuerte cuando se observa que un enfermo que ha sido declarado muerto por los especialistas flexiona las piernas ante un estímulo. Lo mismo ocurre en el caso del electroencefalograma.

La experiencia acumulada en más de 20 años permite definir, empíricamente, pero con absoluta certeza, a una persona como muerta cuando su tronco cerebral está total e irreversiblemente lesionado, independientemente de que la médula espinal conserve todavía alguna actividad refleja o del estado del EEG que puede ser nulo o registrar alguna actividad eléctrica residual.

A pesar de todo, la normativa vigente española continúa contemplando plenamente la prueba electroencefalográfica, mientras que la ley británica no la requiere y es un criterio optativo en los Estados Unidos

El papel de los potenciales evocados en el diagnóstico neurológico de la muerte

Dado que, según se ha repetido varias veces, la porción esencial del encéfalo cuya lesión irreversible conlleva la muerte del individuo es el tronco cerebral, se podría argumentar que los potenciales auditivos y somestésicos del tronco (PEAT y PEST) serían útiles como prueba confirmatoria de los criterios clínicos. Fue Jouvet en 1959 el primero en estudiar las respuestas sensoriales en pacientes en coma, incluidos los comas *dépassés*.

Desde entonces muchos autores han puesto gran atención en este tipo de respuestas en pacientes con alteración del nivel de conciencia y en la determinación de la «muerte cerebral».

La experiencia acumulada hasta ahora, permite afirmar que, si bien los PEAT y PEST son útiles en el estudio de la fisiopatología de los estados de coma y en el diagnóstico de las lesiones del tronco cerebral, no son superiores, ni más objetivos, ni reemplazan a los criterios clínicos en el diagnóstico de la muerte.

Trojaborg y Jorgensen estudiaron 50 pacientes comatosos ventilados artificialmente. En aquellos enfermos en los que los reflejos craneales estaban intactos podían obtenerse respuestas evocadas corticales a estímulos visuales y somatosensoriales. Sin embargo, cuando los reflejos integrados en el troncoencéfalo estaban abolidos, los potenciales evocados perdían amplitud, aumentaban su latencia y quedaban desestructurados. Starr, en 1976, estudió los potenciales evocados auditivos del tronco en 27 enfermos que cumplía los criterios de muerte cerebral. En todos ellos observó la ausencia de respuesta, o bien la presencia únicamente de las onda I que, como se sabe, pueden tener un origen extraaxial en el VIII par craneal. Obtuvo también los mismos resultados en pacientes con enfermedades desmielinizantes o infartos de tronco que estaban en coma, pero no en situación de muerte cerebral. Concluyó que los PEAT sólo tienen valor en el diagnóstico de la muerte cuando se tienen en cuenta las condiciones neurológicas del paciente. Otros autores han estudiado también los potenciales somatosensoriales, y todos ellos coinciden en el hallazgo de que cuando el paciente satisface los criterios clínicos de muerte, en ningún caso se obtiene respuesta cortical. Goldie estudió 29 pacientes diagnosticados de muerte según los criterios neurológicos y en 20 de ellos registraron únicamente una onda N14, sin obtener respuesta alguna en los 9 restantes. Según él mismo describe, esta onda N14 se originaría en algún punto entre las raíces cervicales y la protuberancia, por lo que la ausencia de respuestas posteriores únicamente indica una falta de conducción rostral por alteración del troncoencéfalo, cosa que ya había sido demostrada por los signos clínicos. Mauguiére describió resultados similares en 80 pacientes en coma. Él comprobó que, cuando los reflejos del tronco están abolidos, en ningún caso se obtiene el componente parietal N20 de los potenciales somatosensoriales, aunque persista la onda N14. López Pajares y col. tras estudiar los potenciales evocados de 14 pacientes en situación de muerte, llegan a la conclusión de que «el cese de las funciones encefálicas y de su irreversibilidad se puede hacer por medios clínicos» y dan a los potenciales evocados un valor estrictamente legal.

Así pues, dado que nunca ha habido discrepancia entre los hallazgos clínicos y los de los potenciales evocados, es decir, que nadie ha demostrado que un paciente con lesión irreversible del tronco cerebral que cumpla los criterios de muerte haya presentado PET normales y se haya recuperado, la conclusión lógica es la de no proponerlos como una prueba necesaria para el diagnóstico de muerte. El registro eléctrico y la gráfica correspondiente, no pueden ser una prueba más objetiva que los hallazgos de ocho reflejos del tronco explorados sistemáticamente por médicos experimentados. Probablemente, la introducción de los PET como criterio de confirmación complicaría innecesariamente el diagnóstico de muerte. Anziska y Cracco han expresado este punto de vista: «Dado que la muerte cerebral es un concepto en evolución puede esperarse que los estudios de potenciales evocados proporcionen información acerca de la integridad relativa de ciertas vías aferentes subcorticales en estos enfermos. Sin embargo, puesto que no hay ninguna prueba que sugiera que un enfermo que cumpla todos los criterios para el diagnóstico de muerte pueda tener ninguna recuperación funcional, no hay razón para registrar de rutina los potenciales evocados».

Un cambio radical en los conceptos actuales del diagnóstico neurológico de la muerte dependería de unas posibilidades terapéuticas nuevas para la recuperación de la función neuronal perdida, y no de progresos en el refinamiento tecnológico del diagnóstico que permiten explorar grupos neuronales que hasta ahora no eran accesibles a la clínica y que son muy útiles para el estudio de los enfermos neurológicos, pero que no modifican la definición neurológica de la muerte ni su diagnóstico. Las nuevas técnicas se pueden aplicar antes de que la muerte haya ocurrido y, quizás, ayuden a comprender mejor y a prevenir el deterioro final del tronco cerebral. Pero en el momento en que la muerte ya se ha producido ya no superan a las pruebas clínicas. Sería mejor utilizar los recursos diagnósticos para estudiar a los pacientes vivos que a los sujetos muertos.

Consideraciones éticas

Hoy, según afirman Aldrich y Eisenberg en un artículo reciente, continúa la polémica en torno a los criterios exactos para el diagnóstico de la muerte. La discusión se centra especialmente en la actitud a seguir en el caso de los niños. Se han publicado recientemente tres protocolos que se diferencian fundamentalmente en lo que se refiere al tiempo necesario de observación para determinar la irreversibilidad del proceso y, también, en la necesidad de aplicar o no los tests de confirmación. El Comité «Ad Hoc» del Bostón Children's Hospital recomienda el uso del EEG, la angiografía o los potenciales evocados en los casos de duda. Para Ashwal y Schneider se requiere la confirmación electroencefalográfica en niños menores de 2 meses, y, en los menores de 2 años el EEG debe repetirse a las 24 horas. Las conclusiones de la American Academy of Pediatricians afirman que los criterios clínicos no son útiles en los siete primeros días de vida. Sí lo son más tarde si están apoyados por un EEG practicado a las 48 horas, en los menores de 2 meses, o a las 24 horas cuando la edad está entre los dos meses y el año. Freeman y Ferry han revisado el tema en un editorial reciente. Según ellos no existe justificación para aceptar los tiempos y pruebas de confirmación que se han sugerido y el diagnóstico de la «muerte cerebral pediátrica» debería continuar siendo fundamentalmente clínico. Álvarez y col. han estudiado el papel del EEG en niños menores de cinco años. Según afirman, los criterios clínicos utilizados para los adultos pueden aplicarse en niños mayores de tres meses y no es necesario repetir el EEG una vez que se ha demostrado el silencio eléctrico cerebral. Sin embargo, por debajo de los tres meses de edad debe actuarse con mayor cautela, especialmente en la primera semana de vida, en la que, hasta el momento, no existen criterios claros para la determinación de la «muerte cerebral».

En lo que se refiere a los adultos, el protocolo publicado recientemente por el Canadian Congress Committee on Brain Death viene a confirmar la postura que se ha defendido en este trabajo. Según el citado protocolo, los criterios clínicos son suficientes cuando se aplican adecuadamente por médicos cualificados. Por lo cual, las técnicas de confirmación electrofisiológicas o angiográficas no son necesarias. Es de resaltar la especial importancia de la realización correcta del test de apnea, según ha señalado Belsh

La irrupción de las técnicas de reanimación y mantenimiento cardiorrespiratorio en la práctica clínica diaria ha obligado a médicos, legisladores, filósofos y teólogos a enfrentarse a la nueva situación de la muerte de la persona humana cuando todavía persisten sus funciones homeostáticas básicas: la respiración y la circulación. Más aún, la sociedad entera se enfrenta al vital dilema de cuándo interrumpir ciertas medidas terapéuticas o de cómo asegurar que una persona está realmente muerta antes de la extracción de sus órganos para trasplante. La respuesta a estas preguntas sólo puede venir de la convicción de que el diagnóstico de la muerte por criterios neurológicos, utilizando la terminología acertadamente propuesta por Shewmon, es cierto, inequívoco y fácilmente verificable por cualquier médico experimentado.

La sociedad está hoy preparada para aceptar desde cualquier punto de vista filosófico, o desde cualquiera de las principales tradiciones religiosas que la destrucción irreversible del cerebro supone la muerte de la persona. No porque en él residan las cualidades más específicas e indistinguiblemente humanas, sino porque es el órgano integrador y unificador que permite el funcionamiento del organismo como un todo y lo hace capaz de sustentar la vida humana, sea cual sea la concepción filosófica o teológica de la misma. Tanto la Iglesia católica, como la protestante, como la tradición Judía Ortodoxa reconocen la muerte del cerebro como la muerte de la persona. Como afirmó el Papa Juan Pablo II en su reciente alocución al Congreso de la Academia Pontificia de Ciencias, «no es fácil llegar a una definición de la muerte comprendida y aceptada por todos» y «en modo alguno el cuerpo humano puede ser tratado como algo de lo que se dispone a capricho». Por ello, continúa, «los científicos, los analistas y los eruditos deben continuar sus investigaciones a fin de determinar lo más exactamente posible el momento exacto y la señal irrecusable de la muerte». Precisamente, la aplicación de los criterios neurológicos permite establecer cuándo una persona ha muerto, sin tratar de definir una nueva concepción de la muerte. La constatación del cese funcional irreversible del tronco cerebral permite asentar cuando el organismo ha dejado de funcionar como un todo y, por tanto, es incapaz de sustentar la vida humana como tal, llámese a ésta unión del alma y el cuerpo, principio vital o

principio organizador de las interacciones de los átomos entre sí. No debemos caer en el reduccionismo irónicamente propuesto por Shewmon, que defiende la existencia de vida humana mientras persistan la inteligencia y la voluntad, supuestamente albergadas en reducidas áreas corticales de asociación terciaria. Según esta concepción, se consideraría muerta a la persona en la que dichas áreas estuvieran lesionadas, como ocurre en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en los anencéfalos o en los estados vegetativos. Tampoco sería ético secundar el fanatismo que pretende mantener a toda costa el latido del músculo cardíaco consiguiendo como único efecto el conservar la temperatura del cadáver. Por otro lado, la confirmación de la muerte de todas y cada una de las células cerebrales es clínicamente irrealizable, y caso de defenderse esta postura, ¿por qué no exigir también la muerte de todas las células del organismo?

La aplicación estricta y meticulosa de los criterios neurológicos clínicos permite establecer de modo inequívoco y seguro la destrucción irreversible del tronco cerebral y la muerte de la persona.

Reanimación y Ética. Decisiones ante la vida y la muerte

Las Unidades de Cuidados Intensivos de los modernos hospitales han tejido su historia a golpe de glorias y fracasos. Han salvado vidas heroicamente en proporciones y dimensiones que hace no más de tres décadas médico alguno pudiera soñar. Cuando en el argot o jerga médica se habla de resucitación de enfermos, devolverles la vida, no debe pensarse que tal término es una hipérbole. Ha sido, es y será una feliz conquista de la Medicina. Sostener una vida humana cuando hay un hálito de esperanza es una tarea inexcusable que cumplen admirablemente médicos y enfermeras intensivistas. Pero al propio tiempo ante cada enfermo críticamente emplazado entre la vida y la muerte se ven comprometidos a tener que pagar unos aranceles morales inimaginables para los familiares del paciente y para la opinión pública. Iniciar unos cuidados intensivos básicos o avanzados porque existe una esperanza real de culminar una reanimación no ofrece problemas. Pero retirar tales cuidados porque ya el enfermo está desahuciado es una tarea ardua moral, legal y humanamente. Las órdenes de «no resucitar» en caso de complicación mortal generan graves e inquietantes problemas entre todas las personas que cuidan a un enfermo en la UCI.

Las situaciones de muerte que se han comentado en este capítulo, forzosamente incompleto, conducen a situaciones de alto dramatismo. Por definición, la persona que muere realmente por fallo cerebral irreversible y total pero conserva una vida aparente por mantenimiento artificial de sus funciones respiratorias y circulatorias, está en una cama de la UCI. ¿Qué se ha de hacer cuando ya se ha constatado su muerte? Desde luego, huir del estúpido eufemismo de denominar la situación como que la persona está «clínicamente muerta». Hay muerte o no la hay, aunque esté muy próxima. La clínica es la práctica y no la teoría de la Medicina.

Lo más importante es iniciar cuanto antes una adecuada relación médico-familia. Ir dando la cuota de verdad que los familiares puedan asumir. No dar jamás falsas esperanzas por piadosas que parezcan. Insinuar la posibilidad de una donación de órganos si concurren las circunstancias debidas y los familiares son receptivos a la idea. Prever la desconexión del respirador teniendo en cuenta todos los sentimientos, razonamientos y circunstancias que cualquier familiar aduzca. Ser exquisitos y delicados en no herir más la pena de los familiares. Actuar con tacto y prudencia. Asumir como médicos el doloroso protagonismo que la escena exige. No descargar en la enfermera ni la relación con la familia ni el doloroso gesto de la desconexión del respirador, preludio, en más o menos minutos, de la asistolia. En suma, comportarse como uno quisiera que se condujesen consigo mismo en caso de ser uno mismo el fallecido. No aferrarse tozudamente a que esta parada cardíaca ocurra por vía natural mientras el respirador se mantiene artificialmente. Reflexionar que tan artificial fue la conexión al respirador como lo es su desconexión. Involucrarse emocional y racionalmente en el drama humano. Guiarse por una conciencia recta y formada, moral y profesionalmente. Ganar experiencia, enseñar a los más jóvenes. Aprender cada día lo que ha de ser uso pero también puede ser abuso de una UCI. Meditar que la muerte es de la vida como el nacer, tal como escribió Tagore.

Anexo

Diagnóstico neurológico de la muerte (muerte cerebral). Dictamen Candanchú 1993 de la Sociedad Española de Neurología

En el mes de septiembre de 1982, la Sociedad Española de Neurología (SEN) aprobó un documento oficial sobre «Diagnóstico de la muerte.

Criterios neurológicos», que fue publicado en el libro *Centenario de la Neurología Española*, Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, pp. 985-992.

Al no haberse regulado todavía en España la aplicación de los criterios de diagnóstico neurológico de la muerte con carácter general, para que puedan ser utilizados debidamente en cualquier caso en todo centro hospitalario e independientemente del destino del cadáver o de alguno de sus órganos, la SEN creó un Comité constituido por los doctores Nolasc Acarin, Gabriel Delgado, Jose M. Grau, J. Manuel Martínez Lage, Hugo Liaño, Antonio Oliveros, Eduardo Tolosa y Juan J. Zarranz. El Comité, reunido en Candanchú (Huesca) el 6 de febrero de 1993, elaboró el dictamen que se transcribe a continuación, que hace suyo la propia SEN:

A) La muerte de un individuo está determinada por el cese total e irreversible de la actividad cerebral.

B) El cese total e irreversible de la actividad cerebral es en la inmensa mayoría de los casos consecuencia de un paro cardiocirculatorio previo. Ésta es la forma habitual de morir. Cuando no se han tomado o bien han fracasado medidas de reanimación emprendidas, el diagnóstico y la certificación legal de muerte no puede crear problemas ni confusión.

C) Por el contrario, cuando las medidas de reanimación consiguen recuperar la actividad cardiaca críticamente amenazada pero el cerebro queda dañado absoluta y totalmente o bien cuando el cese irreversible de la actividad cerebral se produce por una agresión primitiva del cerebro, puede darse la situación artificial en que persistan, gracias a las medidas de reanimación externa, actividades cardiocirculatorias y de ventilación pulmonar. El mantenimiento instrumental de funciones da una apariencia externa de vida.

Al estar el cerebro dañado irreversible y globalmente, el individuo debe considerarse muerto a todos los efectos médicos y legales. Ha de equipararse, por tanto, el concepto y el momento de «muerte del cerebro» con el de muerte del individuo.

D) Los criterios neurológicos que definen la muerte de una persona són los siguientes:

1. Es condición previa imperativa conocer la causa de la lesión mortal, demostrarla mediante exámenes apropiados y ser de naturaleza destructiva del tejido cerebral (hemorragia, traumatismo, tumor, infarto, anoxia-isquemia o encefalitis).

2. En consecuencia, queda excluida la posibilidad de sentar un diagnóstico de muerte en el caso de pacientes en coma de origen desconocido, de causa tóxica o medicamentosa, estado de hipotermia o shock cardiocirculatorio previos al coma. En los niños menores de dos años, los criterios neurológicos de muerte requieren otra cautela.

3. Han de estar presentes todos y cada uno de los signos que se indican a continuación en el examen neurológico que se realice pasadas al menos 6 horas desde el momento de producirse la agresión cerebral responsable de la lesión. Se ha de constatar la persistencia de estos signos durante 30 minutos:

a) Coma absoluto con hipotonía completa. Ausencia de toda reactividad motora o vegetativa al dolor aplicado sobre un nervio del territorio craneal. Los estímulos dolorosos aplicados en las extremidades o en el tronco pueden producir reflejos espinales.

b) Apnea persistente tras una prueba de desconexión durante 10 minutos del aparato de ventilación artificial y con oxigenación pasiva a través del tubo endotraqueal (6-12 litros/minuto). Para obviar la apnea post-hiperventilación y evitar la hipoxia, es conveniente utilizar una mezcla de CO_2 al 5 por ciento y oxígeno al 95 por ciento durante cinco minutos antes de la prueba de apnea. Si se puede medir, la $PaCO_2$ inicial antes de la prueba de apnea debe ser próxima a 40 mm Hg y la final superior a 60 mm Hg.

c) Pupilas intermedias con ausencia del reflejo fotomotor y de los otros reflejos del tronco cerebral (óculo-cefálico, óculo-vestibular, corneal, ciliospinal y tusígeno), explorados según el arte establecido. Ausencia de respuesta cardíaca a la inyección intravenosa de 2 mg de atropina.

4. El plazo de tiempo mínimo que debe transcurrir entre el inicio de la agresión cerebral y el diagnóstico de la muerte se recomienda sea de 6 horas, pero puede reducirse en cada caso concreto.

5. Adicionalmente, se pueden usar criterios instrumentales. Por ejemplo, el registro de un trazado isoeléctrico de 30 minutos en el EEG o la ausencia de circulación cerebral comprobada por angiografía convencional o isotópica, por Doppler transcraneal o angiografía carotídea de resonancia magnética.

E) En estos casos, la interrupción de toda asistencia médica puede llevarse a cabo por la certeza de que se está prestando ayuda a un cadáver, sin

que puedan entrar en consideración motivos éticos de tipo alguno. La supresión de todo tipo de mantenimiento artificial de funciones está justificada después de la firma del certificado de defunción; no puede interpretarse, por tanto, que el individuo fallece como consecuencia de la retirada de la reanimación sino justamente a la inversa, se interrumpe la asistencia reanimadora porque el individuo está muerto.

Candanchú, 6 de febrero de 1993.

El Presidente.

El Secretario.

Bibliografía

AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL: «A definition of irreversible coma», en *JAMA*, 205, 6, 1968, pp. 85-88.

AGICH, G. J.: «The concept of death and embodiment. Ethics in science and medicine», 1, 1976, pp. 95-105.

ALDRICH, E. E.; EISENBERG, H. M.: «Intensive care of neurological diseases. Current opinion in neurology and neurosurgery», 2, 1989, pp. 9-14.

ÁLVAREZ, L. A.: «EEG and brain death determination in children», en *Neurology*, 38, 1988, pp. 227-230.

ALLEN, N.: «Clinical criteria of brain death», en *NINCDS*, Monograph n. 24, NIH Publ., 81-2286, pp. 77-147.

ANZISKA, B. J.; CRACCO, R. Q: «Short latency somatosensory evoked potentials in brain death patients», en *Archives of Neurology*, 37, 1980, pp. 222-225.

ASHWAL, S.; SCHNEIDER, S.: «Failure of electroencephalography to diagnose brain death in comatose patients», en *Annals of Neurology*, 6, 1979, pp. 612-517.

AYIM, E. N.; CLARK, G. M. P.: «Brain death: Experience in an intensive care unit», en *East African Medicine Journal*, 56, 1979, pp. 722-727.

BARRAQUER BORDÁS, L.; MARTÍNEZ-LAGE, J. M.: «Muerte cerebral: Otra forma de morir», en *Confluencias*, 1, 1985, pp. 12-14.

BELSH, J. M.: «Electroencephalogram as a confirmatory test for brain death», en *Archives of Neurology*, 46, 1989, p. 601.

BOLTON, C. F.; BROWN, J. D.; CHOLOD, E.: «EEG and brain life», en *The Lancet*, 1, 1976, p. 535.

BRIERLEY, J. B.; GRAHAM, D. I.: «Neocortical death after cardiac arrest: A clinical neurophysiological report of two cases», en *The Lancet*, 2, 1975, pp. 560-565.

CANADIAN CONGRESS COMMITTEE ON BRAIN DEATH: «Death and brain death: A new formulation for Canadian Medicine», en *Canadian Medicine Association Journal*, 138, 1988, pp. 405-406.

CONFERENCE OF MEDICAL ROYAL COLLEGES AND THEIR FACULTIES IN THE UNITED KINGDOM: «Diagnosis of brain death and diagnosis of death», en *The Lancet*, 2, 1976, pp. 1089-1070.

CONFERENCE OF MEDICAL ROYAL COLLEGES AND THEIR FACULTIES IN THE UNITED KINGDOM: «Memorandum on the diagnosis of brain death», en *The Lancet*, 1, 1979, pp. 261-262.

FEIJOO DE FREIXO, M.: «Muerte cerebral. Reflexiones sobre su diagnóstico y la normativa legal existente», en *Revista de Medicina Clínica* Barcelona, 78, 1982, pp. 250-254.

FERBERT, A., et al.: «Isolated brain stem death: Case report with demonstration of preserved visual evoked potentials», en *Electroencephalographic Clinical Neurophysiology*, 65, 1986, pp. 157-160.

FERNÁNDEZ-MARTÍN, F.: «Muerte cerebral», en REY DEL CORRAL, P. (ed.): *Coma y otras alteraciones de conciencia*, Barcelona, Ferrer Internacional, 1979, pp. 59-70.

FREEMAN, J. M.; FERRY, P. C.: «New brain death guidelines in children further confusion», en *Pediatrics*, 81, 1988, pp. 301-303.

GARCÍA-ALBEA, E.: «Muerte cerebral», en *Archives of Neurobiology*, 44, 1981, pp. 289-304.

GOLDIE, W. D.: «Brain stem auditory and short latency somatosensory evoked responses in brain death», en *Neurology*, 31, 1981, pp. 248-256.

GRIGG-DAMBERGER, M. M.; CELESIA, G. G.; KELLY, M. A.: «Electroencephalographic activity after brain death», en *Archives of Neurology*, 46, 1989, 604.

GRIGG, M. M.; KELLY, M. A., et al.: «Electroencephalographic activity after brain death», en *Archives of Neurology*, 44, 1987, pp. 948-954.

JENNETT, B.; GLEAVE, J.; WILSON, P.: «Brain death in three neurosurgical units», en *British Medical Journal*, 282, 1981, pp. 533-539.

JENNETT, B.; HESSETT, C.: «Brain death in Britain as reflected in renal donors», en *British Medical Journal*, 283, 1981, pp. 359-362.

JORGENSEN, P. B.; JORGENSEN, E. O.: «Brain pathogenesis and diagnosis», en *Acta Neurologica Scandinavica*, 49, 1973, pp. 355- 367.

JOUVET, M. «Diagnostique électro-sous-corticographique de la mort du système nerveux central au cours de certains comas», en *Electroencephalografic Clinical Neurophysiology*, 11, 1959, pp. 805-808.

JUAN PABLO II: «Trasplantes de órganos: Determinación del momento de la muerte», alocución de Juan Pablo II a los participantes en el Congreso de la Pontificia Academia de Ciencias, en *L'Osservatore Romano*, 15-II-1989.

KASTE, MARKKU, et al.: «Diagnosis and management of brain death», en *British Medical Journal*, 1, 1979, pp. 525-527.

KOREIN, J.; MACCARIO, M.: «On the diagnosis of cerebral death: A prospective study of 55 patients to define irreversible coma», en *Electroencephalografic Clinical Neurophysiology*, 2, 1971, pp. 178-199.

LAMB, D.: «Death: Concept and criteria», en *Death, brain death and Ethics*, Sidney, Croom Helm, 1985, pp. 9-19.

LANG, C. J. G.: «EEG activity after brain death?», en *Archives of Neurology*, 46, 1989, p. 602.

LEVY, D. E.; BATES, D.; CARONNA, J. J.: «Prognosis in nontraumatic coma», en *Annals of Internal Medicine*, 94, 1981, pp. 293-301.

LÉVY-ALCOBER, M. A.; BABINET, P.: «Étude des relations chronologiques entre l'installation du tableau clinique de coma dépassé et la persistence d'une minime activité EEG: À propos de 9 cas», en *Revue Neurologique*, 122, 1969, pp. 411-415.

LÓPEZ ÁGREDA, J. M.: «La muerte cerebral y la electroencefalografía», en *El Médico*, 1981, pp. 25-28.

LÓPEZ ÁGREDA, M.; PERAITA ADRADOS, R.: «El electroencefalograma en la muerte cerebral. Aspectos metodológicos», en: *Diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral en la donación de órganos*, Madrid, Sociedad Española de Neurofisiología Clínica, Saned Ediciones, 1986, pp. 23-30.

LÓPEZ PAJARES, R.: «Potenciales evocados somatosensoriales en la muerte cerebral», en: *Diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral en la donación de órganos*, Madrid, Sociedad Española de Neurofisiología Clínica, Saned Ediciones, 1986, pp. 35-41.

MARTÍNEZ-LAGE, J. M.: «Reflejos de automatismo medular en el curso del "coma dépassé"», en *XVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología*, Barcelona, diciembre 1967.

MARTÍNEZ-LAGE, J. M. (red.); BARRAQUER BORDÁS, L.; FERNÁNDEZ MARTÍN, F.; GARCÍA ALBEA, E.; PORTERA SÁNCHEZ, A. (relatores): *Diagnóstico de la muerte. Criterios neurológicos*, libro del Centenario de la Neurología Española, Barcelona, Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i San Pau, 1983, pp. 985-993.

MAUGUIÈRE, F.: «Aspects des potentiels évoques auditifs et somesthésiques precoces dans les comas neurologiques et la mort cérébrale», en *Revue EEG Neurophysiologique*, 12, 1982, pp. 280-286.

MOHANDAS, A.; CHOU, SH. N.: «Brain death. A clinical and pathological study», en *Journal of Neurosurgery*, 35, 1971, pp. 211-218.

MOLLARET, P.; GOULON, M.: «Le coma dépassé», en *Revue Neurologique*, 101, 1959, pp. 3-15.

PALLIS, C.: «ABC of brain death», en *British Medical Journal*, 1983.

«The arguments about the EEG», en *British Medical Journal*, 286, 1983, pp. 284-287.

«Prognosis value of brain stem lesion», en *The Lancet*, 1, 1981, p. 379.

PALLIS, C., y PRIOR, P. F.: «Guidelines for the determination of death», en *Neurology*, 33, 1983, p. 251.

PIO XII: Acta Apostolicae *Sedis*, 45, noviembre 1957, pp. 1027-1033.

PLUM, F.; POSNER, J. B.: «Brain death», en: *The diagnosis of stupor and coma*, Fildelfia, F. A. Davis, 1982, cap. 6, 3.ª ed., pp. 313-328.

POWNER, D. J. et al.: «Brain death certification: A review», en *Critical Care Medicine*, 6, 1977, pp. 84-291.

POWNER, D. J.: «Drug associated isoelectric EEG: A hazard in brain death certification», en *JAMA*, 236, 10, 1976, pp. 1123.

«The EEG in the determination of brain death»,

en *New England Journal of Medicine*, 3, 1979, p. 502.
PRESIDENT'S COMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BEHAVIOURAL RESEARCH: «Defining death: Medical, legal and ethical issues in the determination of death», Washington DC, US Government Printing Office, 1981.
RAMSEY, P.: *The Patient as person: Explorations in medical ethics*. New Haven, Conn., Yale University Press, 1970, pp. 101- 112.
Real Decreto 426/980. BOE. 63, 1980, pp. 5706-5707.
RODRÍGUEZ ALBARIÑO, A.: «Aspectos conceptuales de la muerte cerebral. Implicaciones neurofisiológicas», en *Diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral en la donación de órganos*, Madrid, Sociedad Española de Neurofisiología Clínica, Saned Ediciones, 1986, pp. 11-16.
SCHAFER, J. A.; CARONNA, J. J.: «Duration of apnea needed to confirm brain death», en *Neurology*, 28, 1978. pp. 661-666.
SHEWMON, A.: «The metaphysics of brain death, persistent vegetative state, and dementia», en *The Thomist*, 49, 1985, pp. 24-80.
«The semantic confusion surrounding "brain death"», en *Archives of Neurology*, 46, 1989, p. 603.
SILVERMAN, D.; MASLAND, R. L.; SAUNDERS, M. G., et al.: «Irreversible coma associated with electrocerebral silence», en *Neurology*, 20, 1970, pp. 525-533.
STARR, A.: «Brain-stem responses in brain death», en *Brain*, 99, 1976, pp. 543-545.
TASK FORCE FOR THE DETERMINATION OF BRAIN DEATH IN CHILDREN: «Guidelines for the determination of brain death in children», en *Neurology*, 37, 1987, pp. 1077-1078.
TROJABORG, W.; JORGENSEN, E. O.: «Evoked cortical potentials in patients with "isoelectric" EEGs», en *Electroencephalografic Clinical Neurophysiology*, 35, 1973, pp. 301-309.
VEATCH, R. M.: «The definition of death: Ethical, philosophical, and policy confusion», en *Annals of the New York Academy of Sciences*, 315, 1978, pp. 307-321.
VEITH, F. J.; FEIN, J. M.; TENDLER, M. D., et al.: «Brain death. I. A status report of medical and ethical considerations», en *JAMA*, 238, 1977, pp. 1651-1655. .
WALKER, E. A. (coord.): «An appraisal of the criteria of cerebral death. A sumary statement. A collaborative study», en *JAMA*, 237, 1977, pp. 982-986.
«Electroencephalographic findings in brain death» en WALKER, E. A. (ed.): *Cerebral death*, Munich, Urban & Schwarzenberg, 1985, pp. 43-80.
WERTHEIMER, P.; JOUVET, M.; DESCOTES, J.: «À propos du diagnostique de la mort du système nerveux dans les comas avec arrêt respiratoire traités par la respiration artificielle», en *Presse Médicale*, 67, 1959, pp. 87-88.
ZARRANZ, J. J.: *Comunicación personal*, 1987.

28. LA ÉTICA Y EL TÉRMINO DE LA VIDA HUMANA

L. Ciccone

Introducción

En su significado etimológico, el término «eutanasia» no presenta ambigüedades; sustancialmente significa «buena muerte». Pero *hoy, al hablar de eutanasia, ¿a qué nos estamos refiriendo exactamente*? Precisamente cuando planteamos la cuestión con referencia a este significado —el del hombre de la calle—, surge una notable confusión. En efecto, no se trata de una, sino de múltiples realidades, ampliamente divergentes.

Por ejemplo, los que toman partido a favor de la eutanasia, pueden estar indicando con ese nombre:

— una garantía, para sí y para los demás, respecto al riesgo de acabar siendo víctimas de un «encarnizamiento terapéutico», que sólo serviría para prolongar la agonía de una muerte cargada de angustiosos sufrimientos;

— un seguro contra una muerte sobrecargada de tecnología, entre aparatos sofisticados y rodeado exclusivamente por personas extrañas, atentas, por lo demás, a los datos que sucesivamente les suministran los instrumentos y no a la persona que se está muriendo y a sus profundas exigencias humanas: en definitiva, una muerte en la soledad más desoladora;

— por fin, una muerte sin dolor, provocada voluntariamente, a petición propia o no, a una persona que en otro caso estaría igualmente condenada a morir tras un período más o menos largo de sufrimientos especialmente graves.

Aun limitando nuestra atención a estos tres significados, resulta fácil advertir profundas diferencias entre ellos. Los problemas del «encarnizamiento terapéutico» y de los límites en el empleo de tecnologías de reanimación y/o de terapias intensivas, se plantean en el contexto de una situación de lucha contra la muerte: lo que se pretende es arrancar al paciente de una muerte prematura. En semejante contexto, el verdadero problema es el de los límites. Es decir, se trata de saber hasta dónde es lícito insistir en los intentos de salvación y dónde comienza el deber de suspenderlos, con el fin de que, ante una muerte que se presenta inevitable, el paciente sea ayudado a aceptarla rodeado del cariño de personas que lo aman y saber aliviar sus sufrimientos. En consecuencia, se trata de evitar una lucha a todo trance contra la muerte, lucha desesperada y absurda que acaba por hacer todavía más deprimente y angustiosa esa misma muerte.

Absolutamente distinta, e incluso opuesta, es la situación a la que alude el tercer significado de la eutanasia, que no es el de la lucha contra la muerte, sino el de una muerte querida y provocada. Utilizar el mismo término para referirse a realidades contrarias entre sí no puede sino engendrar confusión y equívocos. De esta manera, los problemas llegan a enmarañarse tanto que se tornan prácticamente insolubles[1].

La confusión se ha agravado ulteriormente cuando, para justificar la eutanasia, se ha puesto en circulación la fórmula *«derecho a una muerte digna»*, avalada por el prestigio de algunos científicos, entre los que se incluye algún premio Nobel[2]. Con esta fórmula, la trágica realidad de la eutanasia parece rodearse de una cortina de humo contemporáneamente

[1] Considero, por tanto, un acierto del presente Manual el haber dedicado capítulos distintos a los problemas bioéticos relativos a los cuidados de los enfermos terminales, a los pacientes en reanimación y a la eutanasia.

[2] Aludo, entre otras cosas, al célebre «Manifiesto» en pro de la eutanasia, de 1973, al que volveremos a referirnos dentro de unos momentos.

luminosa, que es capaz de poner en evidencia a quien pretende rechazarla. Sin duda, en el derecho a vivir con dignidad se incluye también el morir con dignidad, es decir, de manera adecuada a la dignidad del hombre. Lo insidioso del equívoco surge cuando se declara indigna del hombre toda muerte que haya sido precedida o acompañada por sufrimientos, por una creciente capitidisminución física y psíquica, como las que se dan a menudo entre los viejos enfermos y en todos los casos de enfermedades graves incurables.

Una vez que somos conscientes de las ambigüedades, equívocos y confusiones que nos amenazan cuando hablamos de eutanasia, es necesario definir con claridad a qué nos estamos refiriendo cuando reflexionamos sobre ella.

Definición de eutanasia

Todavía no existe una definición hasta tal punto autorizada que se imponga por sí misma y sea aceptada por todos, ni siquiera en el campo de la reflexión ética cristiana[3]. Más que una definición, en el sentido riguroso de este término, puede sernos útil *una definición descriptiva*, capaz de indicar, de manera concisa pero a la vez clara, la realidad que se presenta como problemática al hablar de eutanasia. En este sentido, tal vez la mejor definición sea la siguiente: entendemos por eutanasia: *la muerte indolora infligida a una persona humana, consciente o no, que sufre abundantemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevada a cabo de manera deliberada por el personal sanitario, o al menos con su ayuda, mediante fármacos o con la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se valora como ya no digna de ser vivida*[4].

Una distinción poco feliz, pero que a estas alturas ha cuajado en la literatura relativa a nuestro asunto, es la que existe entre eutanasia activa y pasiva:

— *activa:* cuando la muerte se provoca por medio de una acción, como pudiera ser la administración de dosis mortales de estupefacientes o de una sustancia letal;

— *pasiva:* cuando la muerte es consecuencia de la omisión, o de la interrupción, de intervenciones cuyo objetivo es simplemente el de ofrecer a la vida su soporte indispensable (nutrición, hidratación, etcétera), y que por tal motivo pueden denominarse «curas de sustento vital».

¿Precedentes en los siglos pasados?

Tras nuestro intento de conferir al término eutanasia un significado preciso, estamos en condiciones de establecer con mayor fundamento si y en qué media puede descubrirse en ella el punto de llegada de un proceso que se distancia en el tiempo, o, por el contrario, sus presupuestos son todos recientes.

a) En la antigüedad pagana

Tras lo que hemos visto, parece impropio apelar, como un precedente prehistórico de la eutanasia, al hecho de que algunos ancianos y enfermos eran abandonados en el camino por poblaciones nómadas en alguna de sus frecuentes correrías. O también, como a un precedente histórico antiguo, a la suerte que se reservaba en Grecia y en Roma a los niños nacidos con graves malformaciones. Dejando al lado otras diferencias, resulta decisiva y evidente la que constituye el hecho de que en todos los casos citados se trataba de una muerte sencillamente atroz: resulta un contrasentido declararla «eutanasia».

Tampoco la referencia a Platón, con el fin de incluirlo entre los precursores teóricos de la eutanasia relativa a los niños nacidos con algún defecto[5] y a los enfermos incurables[6], parece sostenible. Podrían hacerse objeciones análogas a las que acabamos de enunciar, en relación con ciertos hábitos antiguos; pero, sobre todo, hay que poner de manifiesto que Platón constituiría

[3] Una colección significativa de algunas de las definiciones formuladas por teólogos moralistas católicos puede encontrarse en CONCETTI, G., *L'eutanasia. Aspetti giuridici, teologici, morali*, Roma, Ave, 1987, pp. 71-75.

[4] Esta definición se encuentra claramente en deuda con la propuesta por CONCETTI, G., *op. cit.*, p. 74.

[5] PLATÓN, *República*, libro V.IX; edición italiana: PLATONE, *Opere*, vol. II, Laterza, Bari 1973, pp. 283 y ss., nn. 460 y ss.

[6] Idem, libro III.XV, ed. cit., p. 230, n. 407.

más bien un precedente de ciertas concepciones racistas y colectivas, incluido el nazismo[7].

Lo único que existe en común entre esas antiguas costumbres y la praxis que se intenta establecer hoy día, es más bien *la ausencia de reconocimiento de un principio fundamental: el del valor absoluto de cualquier vida humana*, de la que, por consiguiente, nadie puede disponer. Y es precisamente la instauración de este principio con la llegada del cristianismo lo que ha hecho desaparecer cualquier posibilidad de legitimación no sólo de la eutanasia, se la entienda como se la entienda, sino también del aborto, del infanticidio, del suicidio, etcétera.

b) En la era moderna

Recorriendo los dos milenios de cristianismo, es preciso llegar al siglo XVI para encontrar a alguien a quien muchos atribuyen haberse hecho defensor de la eutanasia: se trata de un santo, Thomas More (1487-1535). Para fundamentar esta atribución, se cita una página de su célebre obra, *Libellus vere aureus, nec minus salutaris quam festivus de optimo reipublicae statu, deque nova insula Utopia*, título excepcionalmente largo y normalmente abreviado en el de *Utopia*[8], publicada en 1516. No existe duda alguna de que en esa página se describe, como practicada por los imaginarios habitantes de la isla Utopía, la eutanasia voluntaria, por parte de enfermos incurables y atormentados por continuos y atroces sufrimientos. La llevan a cabo rechazando todo alimento, o bien mediante somníferos y dicho comportamiento es calificado como «acto de sabiduría»; más aún, como «acto religioso y santo». ¿Está, pues, todo claro? En absoluto. Para afirmar que estas ideas son propugnadas por Tomás Moro, resulta indispensable resolver antes el antiguo e irresoluto problema del *género literario* de esa obra enigmática que es la *Utopía*[9].

Después de Thomas More, otro inglés, todavía más célebre en la cultura moderna, resulta señalado como defensor de la licitud de la eutanasia: Francis Bacon (1561-1626), que la habría propugnado en una de sus obras mayores, a saber, el *Novum Organum*, parte de la *Instauratio magna* (1620). Pero en este caso el equívoco puede ser eliminado con facilidad. Se ha encargado de ello, con total claridad, Patri Verspieren[10]. Así como Tomás Moro ha acuñado e introducido en las lenguas modernas el término «utopía», Bacon ha introducido el de «eutanasia»... ¡desde el 1605! Citando completamente un texto a menudo referido sólo de forma fragmentaria, Verspieren muestra hasta la evidencia que lo que Bacon indica con el término eutanasia es precisamente el esfuerzo por ayudar al moribundo, con todos los medios de que se disponga, a «escapar de las angustias de los últimos momentos de la vida y a que, *una vez que sea llegada la hora, pueda morir con calma y tranquilidad*»[11]. E incluso casi se anticipan las que hoy denominamos «curas paliativas», animando especialmente las investigaciones y la búsqueda de medios capaces de eliminar el dolor.

Recorriendo los siglos sucesivos, Verspieren observa cómo el término «eutanasia» «conservará aproximadamente el mismo significado hasta finales del siglo XIX». Sólo en esas fechas «adquiere un nuevo significado, el de procurar una muerte dulce (...), pero *dando fin deliberadamente a la vida del enfermo*. Y éste es hoy el significado predominante en la opinión pública de las sociedades occidentales»[12].

La apertura de un camino en el siglo XX

Obviamente, no se trata de un mero cambio lingüístico. Al contrario, es un índice significativo del surgimiento de los primeros gérmenes de un complejo cambio cultural que se estaba llevando a cabo en el mundo occidental. Sin una

[7] «Los filósofos-rey (ha escrito A. Huxley) "prefiguran a Hitler", RYLE, G. ha afirmado que la *República* no fue para Platón sólo el *Capital*, sino también su *Mein Kampf*» (M. BALDINI, *Il pensiero utopico*, Roma, Città Nuova, 1974, p. 19; en nota, el autor remite a HUXLEY, A., *Negativo e positivo*, en AA. VV., *Utopia rivisitata*, Milán, 1973, p. 10; G. RYLE, «*"Recensione" at The open society and its enemies*», en *Mind*, 1948, p. 169).

[8] MORO, T., *Utopia*, Bari, Laterza, 1982, pp. 112 y ss; otra traducción italiana de calidad es la de Luigi Firpo, Edizioni Neri Pozza, Vicenza, 1978.

[9] Consúltese, al respecto, lo que escribe FIRPO, L., en la *Introduzione* a la citada traducción italiana de la obra de Moro.

[10] VERSPIEREN, P., *Face à celui qui meurt. Euthanasie. Acharnement thérapeutique. Accompagnement*, París, Desclée de Brouwer, 1984; trad. ital., *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*, Milán, Ediz. Paoline, 1985. Las citas que reproduciré a continuación remiten a las páginas de la traducción italiana.

[11] Idem, pp. 137 y ss.

[12] Idem, pp. 138 y ss.

profunda mutación en concepciones fundamentales acerca del hombre, de la vida humana y de su situación en la escala de los valores, resultaría del todo impensable el nacimiento en la misma época, esto es, en los comienzos del siglo XX, de otro fenómeno: a saber, el nacimiento de un fuerte movimiento tendente a promover la legalización de la eutanasia. Con este preciso objetivo, se constituyeron las primeras *Asociaciones*, y aparecieron los primeros *proyecto de ley*. Resulta significativo el que semejante fenómeno se haya iniciado precisamente en aquellos países que, por haber comenzado en primer lugar el camino cultural relacionado con la denominada revolución industrial, se encontraban ya en una fase avanzada de industrialización: Inglaterra, Estados Unidos y Alemania. Ninguno de estos proyectos, ni en Alemania, ni en América ni en Inglaterra, obtuvo la aprobación de los respectivos parlamentos, como tampoco los presentados en los años inmediatamente antecedentes y subsiguientes a la Segunda Guerra Mundial.

Signo evidente este de que en la sociedad persistía, ampliamente sostenido por todos, un firme rechazo de la eutanasia. Todavía no se había llevado a cabo la indoctrinación cultural, en las grandes masas, de unas ideas capaces de sostener una actitud distinta. Pero, llegados a este punto, la situación evolucionó con un ritmo acelerado, gracias a la difusión de un creciente bienestar, en el contexto de una cultura claramente materialista y hedonista, caracterizada por un exasperado individualismo; difusión en la que intervinieron de forma activísima los nuevos medios de comunicación social, sobre todo la televisión, que influía sobre personas de cualquier condición a través de un lenguaje sugerente hecho en primer término de imágenes, y más tarde de una bien pensada mezcla de imágenes, sonidos y ritmos.

La evolución subyacente en la cultura dominante

Mas llegados a este punto, y antes de examinar lo que ya puede considerarse como crónica de nuestros días, conviene dirigir nuestra mirada con mayor atención hacia el camino cultural que ha recorrido occidente en los últimos siglos, y que ha acabado por crear el *humus* adecuado para hacer crecer una actitud progresivamente favorable a formas más o menos amplias de eutanasia. En cualquier caso, resulta claro que no podremos sino limitarnos a breves alusiones y referencias, mientras la realidad se encuentra dotada de una enorme complejidad. Mas, por otra parte, uno de los primeros objetivos de una reflexión bioética es el de intentar comprender la situación, antes de aventurarse a valorar los hechos y tendencias.

El camino cultural de la era moderna en la denominada área occidental, que gira en torno a Europa occidental y comprende países con una cultura cristiana —o cristianamente inspirada— de más de mil años, puede delinearse en sus puntos esenciales de la siguiente forma. Avanzan de forma paralela y complementándose mutuamente un *pensamiento filosófico* y un saber científico que cuestionan, hasta llegar a negarla, la misma posibilidad humana de conocer cualquier realidad que trascienda el mundo fenoménico y sensible. Lógicamente, de aquí se derivan una serie de consecuencias de gran alcance: una concepción inmanentista de la realidad, con el agnosticismo que la acompaña, o incluso con la negación de todo el mundo de Dios y del espíritu; por consiguiente, una concepción antropocéntrica, en la que el hombre es elevado a la condición de árbitro absoluto de todo, a medida incuestionable del bien y del mal; pero un hombre progresivamente despojado de su verdadera dignidad, en la misma proporción en que se veía reducido a la condición de un organismo vivo, simplemente más evolucionado y complejo que el de las otras especies de animales. Al mismo tiempo, *el saber científico moderno* corrobora las pretensiones del filosófico, atribuyéndose cada vez más la exclusiva en cuanto única forma válida de conocimiento, y afirmando que sólo lo que es científicamente observable, medible y experimentable tiene interés para el hombre, mientras todo lo restante debe ser relegado a las categorías del mito, la fábula, la fantasía.

El progreso científico, especialmente en el campo de la física, abre el camino hacia descubrimientos y aplicaciones tecnológicas que aceleran el proceso de *industrialización*. Éste, a su vez, pilotado por teorías económicas que absolutizan la ley del beneficio, acaba por hacer tambalearse a todo el sistema social y económico, pero también a la cultura que lo impregnaba y a los valores que, desde hace siglos, se habían sedimentado en dicha cultura. Pierden su vigencia no sólo valores típicamente cristianos, sino también valores humanos fundamentales, que,

en una civilización profundamente cristiana, formaban de hecho un cuerpo único con el mensaje cristiano.

Se sigue de ello *toda una serie de consecuencias* en los más diversos ámbitos de la vida humana, comenzando por la célula fundamental de la sociedad, que es la familia.

Existen, con todo, un conjunto de consecuencias más directamente relacionadas con el tema que nos interesa. A saber: el gradual oscurecimiento del valor absoluto de toda vida humana, con su consiguiente inviolabilidad; y el triunfo progresivo de una *exigencia de «calidad de vida»*, en virtud de la cual la vida sólo goza de valor si se encuentra en posesión, o puede recuperar, ciertas condiciones de eficiencia, de productividad y de bienestar: sin estas cualidades, la vida se muestra carente de sentido y de valor. Como consecuencia, en el seno de esa cultura es de todo punto imposible descubrir un sentido y un valor al sufrimiento, considerado como el único y verdadero mal del hombre, como el mal absoluto: y, por ende, todo aquello capaz de prevenirlo o eliminarlo resulta lícito. Se trata, pues, de toda *una antropología y una escala de valores* que se difunde y llega a ser dominante en las sociedades industrializadas, y que *se opone frontalmente a la antropología y la escala de valores propias del cristianismo*. Por todo ello puede hablarse de un proceso que, comenzando como legítima afirmación de la autonomía de las realidades terrenas (secularización), se ha desarrollado más tarde como negación de toda realidad trascendente (secularismo)[13]. Eliminada cualquier referencia a Dios, ningún límite en los poderes del hombre sobre la propia vida encuentra ya un fundamento convincente. Y cuando la vida vale sólo bajo ciertas condiciones, la ausencia de éstas hace que su supresión se presente como algo razonable.

Conviene hacer explícito todavía algún otro elemento del camino cultural del mundo occidental, con el fin de que nuestra comprensión del impulso hacia la legitimación de la eutanasia resulte menos incompleta[14]. El enorme progreso científico y tecnológico ha conferido al hombre la sensación de poder dominar a su arbitrio el mundo; «sólo la muerte queda fuera de esta posibilidad de control (...). La muerte se presenta (...) como el oasis de imprevisibilidad en un mundo completamente previsible y, por ende, como el absurdo al que, al menos en cierta medida, es necesario controlar y racionalizar. Precisamente, y desde cierta perspectiva, la eutanasia constituye ese control y esa racionalización. Gracias a ella, transformándose en árbitro de la vida, el hombre se hace la ilusión de dominarla. La muerte ya no llega cuando "ella" quiere, sino cuando el hombre lo desea. La eutanasia se manifiesta, así, como la modalidad extrema de un *ilusorio señorío del hombre sobre la muerte;* como la extensión a este campo extremo del supremo dominio que el hombre ha logrado adquirir en relación al mundo»[15].

Y desde el punto de vista del secularismo, la eutanasia adquiere el significado de una *última negación de la dependencia de Dios*, y el de una reivindicación total de la autonomía del hombre.

La situación actual

Retornemos a la descripción del camino hacia la consecución de la legitimación de la eutanasia. A este respecto, es oportuno señalar que, nutriéndose del *humus* cultural al que concisamente hemos aludido, algunos sucesos han ejercido la función del reactivo, y han logrado poner de manifiesto el enorme avance llevado a cabo por la tendencia hacia una valoración social positiva de la eutanasia. No se trata ya de elites restringidas de intelectuales y de no creyentes. Habría que traer a colación una serie numerosa de hechos y documentos de distinta categoría. Pero me limitaré a reseñar algunos de ellos.

Hechos: por ejemplo, casos clamorosos de «eliminaciones piadosas», y sentencias absolutorias de los responsables de esas muertes, por parte de los tribunales; autodenuncias de médicos que declaran públicamente haber prac-

[13] Una descripción sintética, pero especialmente acertada, de la antropología hoy dominante puede encontrase en el volumen de POUPARD, P., *La morale chrétienne demain*, París-Roma-Tournai, Desclée International, 1985, en las páginas de la *Introduction, Sécularisation et Éthique* (pp. 13-20).

[14] Sigo aquí las esclarecedoras y fundamentadas perspectivas de CAMPANINI, G., «Eutanasia e società», en el volumen BERETTA, P.: (a cargo de) *Morire si, ma quando?*, Milán, Edizioni Paoline, 1977, pp. 58-67.

[15] Ídem, pp. 61.

ticado y practicar la eutanasia; Congresos (como el de Niza, de septiembre del 84) de las Sociedades «pro eutanasia», que cada vez crecen más y que están llevando a cabo una acción sistemática y capilar con el fin de difundir en la sociedad una orientación favorable a la eutanasia y a su legitimación jurídica. Y, todavía, muchísimos otros hechos.

Documentos: el denominado «Manifiesto de la eutanasia», lanzado en enero de 1973 por tres Premios Nobel (Monod, Pauling y Thompson), y firmado por otras 37 personalidades del mundo cultural;

— propuestas de ley presentadas en varios Estados;

— textos con algunas ambigüedades, emanados por organismos varios, como: la Asociación Médica Mundial, el Consejo de Europa y, más recientemente, las Órdenes de médicos de la CEE en sus Principios de Ética Médica Europea, del 6 de enero de 1987. Como un hecho que a la par es un documento, la sentencia de la magistratura inglesa, que el 22 de abril de 1989 autorizó a los médicos a proceder a la eutanasia de una niña hidrocéfala de cuatro meses.

Del conjunto de hechos y documentos se desprenden con claridad *algunos rasgos esenciales de la situación:*

1. El problema de la eutanasia se cuenta entre aquellos que van concentrando progresivamente la atención, el interés y la discusión de la sociedad contemporánea a todos los niveles y en todos los ambientes, desde los estrictamente políticos hasta los del hombre de la calle.

2. El riesgo de bosquejar soluciones opuestas a los principios éticos fundamentales de la convivencia humana, como el del respeto absoluto a la vida en cualquiera de sus fases y condiciones, se encuentra favorecido no sólo por la cultura dominante, sino por una difusa confusión en torno a puntos nucleares del problema, en particular cuando se trata de la eutanasia pasiva: por ejemplo, confusión acerca de lo que debe entenderse por enfermos terminales, por encarnizamiento terapéutico, y otros por el estilo.

3. En semejante situación, se va imponiendo en la práctica una especie de eutanasia rastrera, en particular por lo que se refiere a los neonatos con graves *handicaps*, a los ancianos no hábiles y a los cancerosos. Una práctica a menudo fomentada por el silencio tolerante, cuando no por la aprobación explícita, de las instituciones públicas encargadas de tutelar los derechos de los ciudadanos. La magnitud del fenómeno se encuentra recogida por voces autorizadas en el documento del Consejo de Europa: «Les problèmes concernant la mort: soins apportés aux mourants. Rapport final» (1981): «Dejar morir a una determinada categoría de ancianos no es un mito, sino que se ha transformado en una realidad».

4. A diferencia de lo que ocurrió con el aborto, la clase médica cuenta entre sus componentes a muchos promotores de movimientos e iniciativas cuyo objetivo es legalizar la eutanasia.

5. También en los más altos niveles de los Organismos supranacionales, tanto políticos como profesionales, ciertos pronunciamientos y directivas hablan de la posibilidad de la eutanasia, al menos por lo que se refiere a la eutanasia pasiva, que no despierta un neto rechazo.

En definitiva, por tanto, la situación puede bien definirse como *amenazadora y preocupante* por cualquiera que esté convencido del valor esencial del principio que sanciona el derecho a la vida de todo ser humano como un derecho absoluto e inviolable, fundamento irrenunciable de cualquier otro derecho y de una sociedad digna del hombre.

¿Cuáles son los objetivos alcanzados hasta el momento?

Hay quienes consideran que una cierta forma de eutanasia ha sido legalizada en el Estado de California, con el Natural Death Act, del 30 de septiembre de 1976, incluido en el California Health and Safety Code[16]. Se trata de una línea legislativa que muy pronto siguieron los otros Estados de EE.UU[17]. Pero la lectura atenta de la ley no permite calificarla como favorable a la eutanasia, ni siquiera a la que se conoce como «pasiva». Más aún, en el texto de la ley se encuentra un «rechazo categórico de la eutanasia activa y pasiva, entendiendo esta última en su

[16] Barni, M., «Considerazioni sull'eutanasia. Il pensiero di un medico legale», en *Federazione Medica* 38, 1985, 1, p. 10, nota 25.

[17] Sgreccia, E., *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milán 1986, p. 376.

sentido más propio, es decir, como una omisión terapéutica que sea causa efectiva de la muerte»[18].

Por consiguiente, en lo que se refiere al plano legislativo, *hasta el momento ningún Estado ha incluido en su propio orden jurídico una verdadera legalización de la eutanasia.* A no ser que quiera considerarse como tal la aludida decisión de los tribunales ingleses por la que se autorizó la eutanasia de una niña hidrocéfala, teniendo en cuenta el valor que actos de este género asumen en el ordenamiento jurídico de Inglaterra.

Elementos para una valoración ética de la eutanasia

Conviene distinguir bien, a la hora de establecer una valoración, el comportamiento eutanásico y su legalización. Además, es preciso discernir, en el comportamiento, la valoración ética objetiva, que se refiere al comportamiento en sí mismo, y la valoración de la responsabilidad, o culpabilidad subjetiva de quien lo asume.

También resulta útil tener presente que la distinción entre eutanasia activa y pasiva no goza de relevancia ética alguna. Lo que cuenta es la voluntaria supresión de una vida humana; realizarla mediante una acción o mediante una omisión, es algo del todo secundario. En consecuencia, podemos olvidarnos de semejante distinción.

Todavía se hacen necesarias ulteriores delimitaciones de nuestro campo. En todo problema particular relativo a la vida humana, la solución ética se fundamenta y deriva de concepciones más generales en torno al hombre, la persona y la vida; en una palabra: *la ética depende de la antropología.* No es el momento de exponer nuevamente la antropología de la que partimos, pues ha sido elaborada en la primera parte de este manual. También el tema del sufrimiento, en lo que se refiere a su significado y valor, además de haber sido tratado en esa misma primera parte, encontrará su lugar específico en el próximo capítulo 30.

[18] Bompiani, A., Eutanasia e diritti del malato «in fase terminale». Considerazioni giuridiche, en *Presenza Pastorale* 55, 1985, nn. 5-6, p. 85. Se trata de uno de los puntos que el autor toma de Giusti, G., *L'Eutanasia, diritto di vivere, diritto di morire,* Padua, Cedam, 1982. «Perplejidades considerables», en relación con la ley californiana, manifiesta por el contrario Sgreccia, E., *op. cit.*, p. 377.

También se tratan en otros capítulos problemas a menudo entrelazados con el de la eutanasia, especialmente los conectados con la reanimación y la fase terminal de una enfermedad, incluidos los que se derivan del uso de analgésicos estupefacientes (caps. 25 y 26 de esta parte). Si fuera necesario, nos referiríamos a ellos rápidamente.

Por consiguiente, nuestra atención estará centrada en la eutanasia, tal como la hemos delimitado y definido en los comienzos del capítulo. En primer lugar, analizaremos todo lo relativo a la eutanasia como comportamiento; después vendrá una valoración ética de su legalización.

A) La eutanasia como comportamiento

Moralidad objetiva

Si se tiene presente la definición de eutanasia que consignamos al inicio, su valoración ética no puede sino ser duramente negativa. En efecto, resulta evidente que se trata de un homicidio y/o suicidio, a tenor de los casos. Es decir:

— sólo homicidio, cuando la eutanasia la practican en un sujeto otras personas, sin que aquél la haya pedido libre y conscientemente y, ni siquiera, haya consentido;

— homicidio y suicidio, en caso contrario; también se denomina «homicidio de alguien que consciente», o bien «suicidio asistido»;

— sólo suicidio, cuando el sujeto decide y pone por obra su propósito sin ayuda de nadie, habiendo llegado a formularlo sin ayuda de nadie, y llevándolo a término mediante la ingestión de fármacos en dosis letales, o rechazando cuanto es indispensable para su supervivencia.

a) La eutanasia homicidio. Se trata de un homicidio particularmente grave, por cuanto es cometido bien por familiares bien por asistentes médicos: esto es, por personas particularmente obligadas, incluso por razones de justicia, a asegurar a quien les ha sido confiado todos los esfuerzos y cuidados necesarios para defender su vida. Se pisotean, por consiguiente, relaciones interpersonales caracterizadas por un alto grado de confianza y de entrega. Se ponen de relieve, en la eutanasia-homicidio, aspectos particularmente graves y repugnantes. En efecto, por detrás de las explícitas declaraciones de motivos

«piadosos», se deja ver a menudo el cínico desembarazarse de una persona que sufre, por el hecho de necesitar cuidados intensos o prolongados, y aprovechándose de sus condiciones de debilidad, que la tornan incapaz de defenderse. Desde el punto de vista objetivo, la eutanasia es con frecuencia una *violencia homicida particularmente vil y abyecta*.

Los motivos que se aducen, de *«humanidad»* o de *«piedad»*, desde el punto de vista objetivo no constituyen más que una máscara respetable que esconde un gesto innoble. No quiere decirse con esto que quien actúe en tal modo no pueda obrar de buena fe y con la convicción subjetiva de estar movido por razones de verdadera humanidad y piedad. El intenso sufrimiento que provoca el ver a una persona querida presa de dolores atroces y prolongados, y sin esperanza alguna de curación, llega a ser experimentada como insoportable; pero, más o menos inconscientemente, ese no poder más es proyectado sobre quien agoniza: sería éste el que ya está al límite de sus fuerzas, y aparece como un gesto de piedad acelerar su fin, con objeto de que deje de sufrir.

En cualquier caso, todo esto pertenece al otro nivel de moralidad, al de la responsabilidad subjetiva. El mal sigue siendo mal aun cuando se lleva a cabo queriendo hacer un bien. Todo ello, a menos que se esté de acuerdo con la concepción maquiavélica de la moral para la que «el fin justifica los medios». Pero, en tal caso, estarían también justificados los asesinatos cometidos por terroristas convencidos de que actúan por el bien de su Patria y de que sirven a la causa de la justicia.

En consecuencia, para justificar la condena moral de la eutanasia-homicidio sirven *las mismas razones por las que se condena el homicidio en general*. Será suficiente traer a colación algunas de ellas, puesto que, en sustancia, se encuentran recogidas en el capítulo sobre el aborto.

Para toda concepción no materialista de la realidad y del hombre, la vida se presenta como un don que encuentra en Dios su fuente última; además, dicha vida tiene la responsabilidad de llevar a cabo una tarea, que le ha sido encomendada. Disponer de una vida humana, hasta el punto de suprimirla, supone que uno se considera arrogantemente dueño de la misma, colocándose en el lugar de Dios, o que elimina cualquier referencia a Dios y cualquier responsabilidad en relación a Él.

Si se quisiera prescindir de toda concepción religiosa, cabría apoyarse en la *dignidad* de sujeto, esto es, de ser vivo dotado de autoconciencia y libertad, *propia de todo ser humano*; dignidad que, en todo el universo sensible, aparece como exclusiva del hombre, que por ello constituye su vértice. De ahí deriva la exigencia ética de tratar a todo hombre de una manera adecuada a su dignidad, es decir, siempre como sujeto y nunca como objeto. Mas suprimir a un hombre constituye la forma más extrema de disponer de él como si se tratara de un objeto. «El fundamento de la ética es el respeto a la verdad del hombre, el respeto a la persona tal como es: otro fundamento verdadero no puede ser dado a la ética; la ética guía al hombre desde el "ser" hasta el "debe ser"; los restantes criterios se encuentran constituidos por la utilidad de alguien en detrimento de algún otro, por el poder de unas personas sobre otras, por la eficacia de dicho poder, cada vez más extenso para algunos, cada vez más opresivo para otros»[19].

En la cultura contemporánea cabría apelar también a los derechos del hombre, entre los cuales el primero, y condición de todos los demás, es el derecho a que todos respeten la propia vida.

Su proclamación en la *Declaración universal de los derechos del hombre,* a la que se adhirieron la casi totalidad de los pueblos existentes, hace de ella también un principio ético universalmente aceptado en la conciencia de la humanidad. Y se trata de derechos que se reconocen «a todos los miembros de la familia humana» (Preámbulo de la Declaración), «sin distinción alguna» (art. 2). Para no reconocerlo a los niños antes del nacimiento se han inventado las más extravagantes teorías, hasta el punto de sostener que no son seres humanos, precisamente cuando semejante «estatuto ontológico» desde la concepción no es ya sólo una conclusión filosófica y teológicamente fundamentada, sino también un dato demostrado científicamente. Para negar dicho estatuto a todos los disminuidos de una manera grave e irreversible, se ha inventado el sofisma de que la vida humana no constituye un valor en sí misma, sino sólo con la condición de que se trate de una vida sana y

[19] SGRECCIA, E., *op. cit.*, p. 363.

eficiente, o al menos susceptible de ser devuelta al estado de salud; estamos ante la teoría de la «calidad de la vida», que pretende introducir una discriminación entre vida dotada de valor y «vida sin valor» y, por ende, no merecedora de ser vivida[20].

b) La eutanasia suicidio. La razón principal aducida por cuantos sostienen que este tipo de eutanasia es legítimo, está representada por un pretendido derecho de cada ser humano a poner fin a su propia vida cuando considera demasiado gravosa e insoportable su prosecución. En consecuencia, lo que se defiende es un derecho al suicidio. Ya hemos insinuado que dicho derecho es inadmisible, puesto que pretende disponer de una vida humana, la propia, oponiéndose a la condición creatural del hombre.

Pueden aducirse otras razones, siguiendo la exposición de Tomás de Aquino en relación al suicidio[21]: de él afirma que es radicalmente ilícito, *omnio illicitum*. Y esto, antes que nada, porque, al quitarse la vida, el hombre pisotea una exigencia de la ley natural, radicada en la tendencia, común a todos los hombres, a la autoconservación; dicha tendencia adquiere en el hombre también el significado de exigencia de amor hacia sí mismo. Desarrollando ulteriormente esta línea argumentativa, en la réplica a los que sostienen que es lícito darse muerte con el fin de sustraerse a los males que lo oprimen (que es, exactamente, lo que sostienen cuantos hoy defienden la eutanasia), Tomás de Aquino afirma que, de esta suerte, se acaba por escoger un mal mucho más grave que los que se quieren evitar. Y no duda en calificar el suicidio como pecado mucho más grave no sólo que la fornicación y el adulterio (que entonces se enjuiciaban de manera mucho más severa que hoy), sino también que el homicidio. Efectivamente, el daño mortal es acarreado a aquel yo al que se debe un mayor amor; por otra parte, se esboza la idea de un daño irreparable, constituido por un pecado al que le falta

[20] Una expresión que remite lúgubremente a las innumerables víctimas de la loca ideología nazi, exterminadas atendiendo al principio de la «supresión de las existencias carentes de valor», «Vernichtung lebenswerten Lebens». La fórmula está tomada del título de célebre libro de BINDIN, C.: HOCHE, A., *Die Freigabe der Verichtung lebenswerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form*, Lipsia, 1922.

[21] S. THOMAE AQUINATIS, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, art.5: «Utrum alicui liceat seipsum occidere.»

el tiempo para arrepentirse[22]. Todo esto, desde el punto de vista individual.

Pero, para Tomás de Aquino, el hombre es naturalmente un ser social. Y de ello se deduce una ulterior razón para condenar el suicidio. Destinado por su misma esencia a vivir en sociedad, el hombre, cada hombre, forma parte de ella. En consecuencia, la propia supresión es un daño que se hace a la misma sociedad.

Este aspecto antisocial del suicidio, que Santo Tomás simplemente enuncia, puede desarrollarse ulteriormente, teniendo en cuenta la profunda diversidad, estructural y cultural, que presenta la sociedad contemporánea en relación con la de los siglos a los que se refería Santo Tomás. Entre la sociedad y el individuo se ha tejido una densa red de relaciones recíprocas, especialmente en el Estado democrático que se califica como «social». El individuo no puede vivir aislado, sino que necesita de la sociedad. Pero ésta, a su vez, tiene necesidad, más aún, tiene derecho a la contribución de todos para poder satisfacer las exigencias de todos. El que se suicida, da fin arbitrariamente a su dedicación a los otros y rechaza la contribución de todos para poder satisfacer las necesidades generales. Y, según observa un estudioso dedicado desde hace tiempo a los problemas de la vida, «carece de valor y significado *la excusa de la propia inutilidad* por vejez, enfermedad, por incapacidad para obrar. La verdadera riqueza de un grupo humano no reside propiamente en la suma de los valores utilitaristas y productivos, sino principalmente en los estrictamente humanos: *valores de entrega, de bondad, de sacrificio personal,* en sí mismo altísimos y que, como de rechazo, logran conservar en la sociedad las energías más sanas y más comprometidas, las únicas con las que es posible obtener la observancia de las leyes y ese espíritu de recíproco respeto y tolerancia en los que se fundamenta cualquier relación de colaboración y de confianza»[23].

Vale la pena insistir una vez más en el hecho de que, en la cultura dominante, éstas y otras argumentaciones aparecerán, necesariamente, desprovistas de cualquier fuerza probativa. Para una concepción materialista-hedonista del hombre y de la vida humana, contradistinta además por un exasperado individualismo libertario, todos los valores

[22] «Sibi ipsi nocet, cui maximan dilectionem debet. Est etiam periculosissimum: quia non restat tempus ut per poenitentiam expietur» (art. cit., ad tertium).

[23] PERICO, G., *A difesa della vita,* Milán, Centro Studi Sociali, 1965, p. 249.

a los que acabamos de aludir no pueden sino presentarse como irreales y fantasiosos.

La responsabilidad subjetiva

La reflexión que acabamos de hacer puede servirnos de puente entre la valoración de la moralidad objetiva de la eutanasia y el problema de la responsabilidad y, por ende, de la culpabilidad efectiva de quien promueve, en sí mismo o en otros, una forma cualquiera de auténtica eutanasia.

Por más que semejante comportamiento resulte objetivamente grave desde el punto de vista ético, la percepción de esa gravedad por parte de la conciencia personal es algo que todavía *debemos demostrar.* Cuantos de una manera totalmente acrítica se han integrado plenamente en la cultura dominante, no pueden sino considerar lícito, humano, e incluso obligado, el recurso a la eutanasia en cualquier situación en la que la vida se presente desprovista, sin remedio, de aquella «cualidad» que hoy día se considera indispensable para que se la juzgue digna de ser vivida. La incapacidad para descubrir el sentido y el valor del sufrimiento, y para advertir el verdadero rostro de la muerte, torna de todo punto imposible el entender cualquier argumentación contraria.

En consecuencia, puede hablarse de una *responsabilidad «in causa»:* se es responsable por el hecho de haberse adaptado acríticamente a la cultura dominante. Pero no hay posibilidad de ir más allá de una genérica afirmación de responsabilidad: establecer el grado en que alguien es responsable se encuentra más allá de las posibilidades reales de nadie, excepto del mismo sujeto, si éste se somete a una valiente y sincera autocrítica.

Con todo, no faltan *situaciones en las que parece evidente la presencia de una grave responsabilidad subjetiva.* Me refiero especialmente a los casos en los que ciertos operadores sanitarios deciden cuáles de los enfermos que se les han confiado han de morir de manera fraudulenta y provocada, sin que lo hayan pedido ni los interesados ni sus parientes.

B) Elementos para una valoración ética de la legalización de la eutanasia

Ya hemos visto que, hasta el día de hoy, ningún Estado ha llevado a término una verdadera y propia legalización de la eutanasia. Con todo, ni han faltado ni faltan todavía *propuestas y proyectos de ley.* Por lo demás, en algunos estados, como California y otros de los Estados Unidos, se han establecido leyes hasta tal punto limítrofes con la eutanasia que algunos han hablado de auténtica legalización de la eutanasia pasiva. Observando estos proyectos y leyes, como también lo que aparece cada vez con más insistencia en los programas de asociaciones y movimientos, tal vez pueda determinarse hacia qué tipo de legislación estamos caminando. Con todos los límites que indudablemente afectan a un intento de este tipo, por cuanto es fácil que se deje de prestar atención a aspectos y tendencias que de ningún modo deberían olvidarse, vale la pena llevarlo a cabo.

El primer elemento que aparece es un extendido *rechazo de la eutanasia activa.* Con todo, no faltan asociaciones y movimientos que la proponen abiertamente. Pero las peticiones en tal sentido vienen a chocar con la fuerte resistencia de los propios sujetos que deberían llevarla a la práctica, esto es, de los médicos y el resto del personal sanitario. Todos los Códigos de deontología médica, antiguos y modernos, nacionales e internacionales, confirman que el deber del médico es la defensa de la salud y de la vida de sus pacientes, y que en ningún caso pueden arrogarse el derecho de abreviar la vida de un enfermo[24]. Además, con independencia de cualquier norma que deba ser observada, surge espontáneamente en el médico una reacción profunda de rechazo en la relación con conductas que le harían adoptar la figura del verdugo. Todo ello, a pesar de lo que afirmen, de manera inesperada y significativa algunos médicos que confiesan

[24] Ya hemos aludido a documentos deontológicos recientes de alcance internacional. Añadiremos aquí, a modo de ejemplo, una breve referencia a algunos Códigos nacionales de Deontología Médica. El *Código italiano* de 1989, haciendo vigorosamente suyo el rechazo de la eutanasia ya confirmado en el Código precedente (1978), establece: «En ningún caso, aun cuando fuera pedido por el paciente, el médico llevará a cabo tratamientos dirigidos a disminuir la integridad psíquica y física del paciente ni, con mayor motivo, acciones capaces de abreviar la vida del enfermo.

Cualquier acto encaminado a provocar deliberadamente la muerte de un paciente resulta contrario a la ética médica» (art. 43). En la misma línea de rechazo de la eutanasia se sitúa también: el *Código francés* de 1979 (cfr. art. 20); el *Código español* de 1971 (cfr. art. 116), y también el que cabría calificar como *Código islámico*, es decir, la *Declaración del Kuwait*, proclamada en enero de 1981 por la Conferencia Internacional sobre la medicina islámica (cfr. parágrafo 7. El texto se encuentra en SINSANTI, S., (ed.): *Documenti di deontologia e etica medica*, Milán, Ediz. Paoline, 1985, pp. 166-186; el parágrafo 7 se encuentra en las páginas 176 y ss.).

públicamente haber ayudado a morir a muchas personas, bien sea quienes han hecho morir dulcemente a neonatos con graves malformaciones, ya se trate, más todavía, de los médicos que en los Estados Unidos han aceptado asumir una auténtica función de verdugo, poniendo inyecciones mortales a condenados a muerte[25].

Por su parte, la *eutanasia pasiva,* o de omisión, presenta serias y concretas posibilidades de ser legalizada. Pero en este terreno es donde se dan cita las más enrevesadas *confusiones*, a las que ya se aludió al comienzo del presente capítulo. Confluyen y se entrecruzan, por una parte, la preocupación de muchas personas de acabar siendo víctima de un inútil y atormentado encarnizamiento terapéutico; por otra, la de no desperdiciar personal especializado e instrumental sofisticado sólo para prolongar no la vida, sino una agonía penosa, mientras que otras personas podrían aprovecharlos para ser arrancados de las garras de la muerte y devueltos a la vida.

Pero en el mismo momento en que aparecen en el horizonte leyes de este tipo, surge, imparable, *la problemática en torno a su oportunidad y utilidad,* sea cual fuere la normativa en que se concrete. Muchos médicos piensan que es inútil dictar leyes en ese sentido, a causa de la variedad enorme de situaciones que se pretende regular. Otros, por el contrario, consideran que es necesario, como defensa ante las protestas y denuncias provenientes, de manera especial, de familiares de pacientes fallecidos, o que conservan la vida, pero aquejados de gravísimas disminuciones[26].

En lugar de entrar a discutir la validez de estas discusiones previas, considero más útil, desde el punto de vista ético, establecer *algunos puntos de referencia* a los que no se puede renunciar en ninguna eventual reglamentación jurídica de estas cuestiones.

1. Toda auténtica eutanasia, también la denominada pasiva, constituye siempre una gravísima violación del derecho a la vida

En consecuencia, cualquier intervención jurídica que pretendiera hacerla legítima, resultaría inicua y jurídicamente nula. En efecto, el Estado se arrogaría arbitrariamente el derecho de no reconocer a todos los ciudadanos el primero y fundamental derecho del hombre. Téngase en cuenta que tanto éste como los restantes derechos humanos, el Estado no tiene el poder ni de conferirlos ni de negarlos, sino sólo la función de reconocerlos y tutelarlos.

Tal vez alguno objete que nada de esto es válido en el caso de que el Estado se limitara a adherirse a los deseos y a la voluntad responsable y libremente expresados por algunos de sus ciudadanos. Pero tratándose de verdadera eutanasia, y no de rechazo del encarnizamiento terapéutico, igual que resulta moralmente reprobable la voluntad de suicidarse, lo es también ayudar al aspirante suicida a llevar a término su propósito. El homicidio de una persona que consiente en él es y sigue siendo un delito, y el Estado se convertiría en cómplice y ejecutor del mismo a través de sus estructuras y del personal sanitario.

2. El auténtico encarnizamiento terapéutico siempre debe ser condenado desde el punto de vista ético

Como es sabido, su definición conceptual es sencilla. La más concisa, pero suficiente, es tal vez la que se contiene, casi como un inciso, en la *Declaración en torno a la fase terminal de la enfermedad,* adoptada por la Asociación Médica Mundial en su 35 Asamblea, en 1983: «todo tratamiento extraordinario, del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente». Al respecto, la Asamblea afirma claramente: «El médico se abstendrá de cualquier encarnizamiento terapéutico» (n. 3,2). En consecuencia, y por una parte, el médico tiene el deber de abstenerse; por la otra, el paciente posee todo el derecho de rechazarlo. Desde el punto de vista ético, y mientras nos mantenemos en los dominios de la teoría, la situación no puede ser más clara.

Las dificultades surgen en la esfera práctica: ¿dónde termina la obligada atención terapéutica y dónde comienza el encarnizamiento terapéutico? Junto a situaciones en las que resulta relativamente fácil determinar esta línea de demarcación, existen otras en las que la cuestión es muy ardua. Pero cada caso es distinto de los demás. Y no se ve, si lo que se busca es una correcta solución de las incertidumbres, qué ayuda pueda provenir de una ley o de un magistrado a quien la ley confíe tareas

[25] AMNESTY INTERNATIONAL, *USA. La pena di morte*, Londres, Amnesty International Publications, 1987 (trad. ital. a cargo de la Sección italiana, pp. 34-36).

[26] Un desarrollo de esta problemática, con indicaciones de autores que la tratan, puede encontrarse en BOMPIANI, A., *op. cit.*, pp. 95-114.

decisionales[27]. La única vía razonable y, por ende, capaz de ser recorrida éticamente, es la de una decisión del equipo médico que tiene a su cargo al paciente, madurada «de acuerdo con la ciencia y la conciencia», y en la que presida, como único interés el del enfermo, considerado globalmente, en todas su dimensiones.

¿Qué es lo que se trata de suspender? No cualquier intervención médica, sino sólo aquellas terapias intensivas que roban al enfermo la necesaria tranquilidad, lo aíslan de cualquier contacto humano con familiares y amigos, y acaban por impedirle que se prepare interiormente a morir en un clima y en un contexto verdaderamente humanos: cosa que, a estas alturas, es verdaderamente lo único importante para él. De ahí que, más que hablar de suspensión, deba hablarse de reducción o limitación de la terapia.

3. Límites que no pueden superarse en la reducción de las intervenciones médicas

Además de las terapias tendentes a calmar los dolores, existen otras intervenciones médicas que deben continuar en torno a quien muere. Se trata de aquellas que, bajo diversas denominaciones *(curas ordinarias, curas mínimas, medios de supervivencia, etc.)*, tienden a asegurar a un organismo vivo los elementos esenciales para mantener la vida, hasta el punto de que su simple supresión es suficiente para causar la muerte incluso de un sujeto sano, o afectado por una enfermedad no mortal. Se trata, en primer lugar, de la hidratación y la nutrición, suministradas incluso por vía parenteral; pero también deben considerarse tales curas extraordinariamente comunes y ordinarias, como la fleboclisis, transfusiones de sangre, inyecciones, etcétera.

Una ley que diera cabida a la suspensión de estas curas en relación con un enfermo, no sería ya una ley que impide el encarnizamiento terapéutico, sino una verdadera y propia pretensión de legitimar la eutanasia pasiva.

La Doctrina de la Iglesia Católica

No es posible exponer aquí amplia y documentadamente la doctrina católica en torno a la eutanasia[28]. Me limitaré a ofrecer una síntesis de lo esencial. En ella haré referencia a intervenciones magistrales de los últimos treinta años; es decir, a partir del momento en que no se limitan a confirmar las condenas morales, sino que exponen las razones y se enfrentan con los nuevos problemas suscitados por los recientes progresos de la Medicina y por la evolución de la cultura en el mundo occidental[29].

Como fundamento de toda la doctrina católica en torno a la eutanasia se alza el principio de la

[27] La intervención de la magistratura está prevista, por ejemplo, en la propuesta de ley presentada al Parlamento italiano: «Normas sobre la tutela de la dignidad de la vida y disciplina de la eutanasia pasiva».

[28] Me permito remitir, en relación a este punto, a mi escrito: CICCONE, L., *Non uccidere. Questioni di morale della vita fisica*, Milán, Ares, 1989, pp. 274-280.

[29] Las intervenciones de mayor relieve son, en concreto, las siguientes: Pío XII, «Discorso ai partecipanti al Simposio Internazionale su "Anestesia e persona umana"» (24-II-1957), en *Discorsi e Radiomessaggi di Sua Santitá Pio XII*, vol. S VIII, Città del Vaticano, Tipografía Políglota Vaticana, 1957, pp. 779-799; bajo el pontificado de Pablo VI, merece destacarse un documento del Secretario de Estado: VILLOT, J.: (card.): *Lettera alla federazione Internazionale delle Associazioni mediche cattoliche* (3-X-1970), reunidas en Washington en un Congreso Internacional en torno a «La protección de la vida»: el texto íntegro se encuentra en *La Documentation Catholique* 67, 1970, p. 962 y ss.; Bajo el Pontificado de Juan Pablo II encontramos la intervención en cierto sentido más comprometida, es decir, la de la CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaratio de euthanasia* (5-V-1980), en Acta Apostolicae *Sedis*, 72, 1980, pp. 542-552; por lo demás, del Pontífice actual habría que aludir a muchísimos discursos en los que la eutanasia constituye el único tema o es tratado conjuntamente con otras violaciones de la vida humana, especialmente el aborto. Una colección de todos los discursos de JUAN PABLO II sobre temas relativos a la vida humana ha sido publicada en Italia: CAPRILE, G., (a cargo de): *Giovanni Paolo II. Dieci anni per la vita*, Florencia, Centro Documentazione e Solidarietà, 1988.

Por otra parte, al magisterio pontificio hay que añadir el de las numerosas Conferencias Episcopales que han publicado cartas pastorales, en ocasiones particularmente amplias, sobre nuestro tema. Me limito a nombrar las principales, sin ulteriores indicaciones, para no hacer demasiado extensa esta nota: Episcopado de Alemania Federal (1974), de Inglaterra (1975), de Irlanda (1975), de Francia (1976 y 1979), y algunos otros. Los textos pueden encontrarse fácilmente, en lengua francesa, en los distintos años de La Documentation Catholique, y en lengua italiana en los volúmenes de *Cartas Pastorales*, Ed. Magistero Episcopale, a partir de 1960; la editora ha sido inicialmente La Voce dei Pastori, Cittadella (Padua), más tarde Magistero Episcopale, Verona.

Por fin, a estos documentos del magisterio puede añadirse fácilmente otro documento de la Santa Sede; se trata de un texto de estudio, más que de Magisterio, pero especialmente autorizado y con todas las garantías de completa fidelidad a las enseñanzas del Magisterio, emanado por uno de los organismos pontificios, fruto de cinco años de trabajo de un grupo de estudio interdisciplinar, el CONSEIL PONTIFICAL «COR UNUM»: *Quelques questions d'éthique relatives aux grandes malades et aux mourants*, Ciudad del Vaticano, 1981.

inviolabilidad de la vida humana, o, si se prefiere, la afirmación de que disponer directamente de una vida humana (propia o ajena) jamás resulta lícito. Y el motivo por el que no puede disponerse de la vida humana encuentra su expresión más concisa, en términos desde cierto punto de vista técnicos, en la frase: *«la vida humana es sagrada»*. Sagrada porque tiene en Dios su origen y su destino único, porque es la vida de un ser hecho «a imagen y semejanza de Dios», y portador de un proyecto divino que debe realizar. Las líneas esenciales de tal proyecto, comunes para todos los hombres, implican la participación de cualquier hombre en la misma vida de Dios, gracias a la Encarnación del Hijo de Dios y a su obra redentora. Sagrada, en consecuencia, porque en cualquier vida humanas se encuentra profundamente implicado Dios mismo, hasta alcanzar una misteriosa pero real identificación con el Hijo de Dios hecho hombre, en virtud de la cual todo lo que se le hace a un ser humano se hace al mismo Cristo[30].

El carácter inviolable de la vida humana se fundamenta, por tanto, en concepciones filosóficas y en concepciones teológicas; y las primeras serían ya suficientes por sí mismas para una fundamentación válida. Pero junto a estos dos niveles se coloca un tercero, a saber, la llamada a los derechos del hombre, repetidamente reconocidos en documentos en los que converge el consentimiento de todos los hombres, más allá y por encima de todas las diferencias filosóficas, ideológicas y religiosas. De la afirmación de que cualquier vida humana es inviolable se deriva lógicamente *la exclusión y la condena de cualquier forma de homicidio:* el aborto, el infanticidio, el asesinato, el suicidio, la eutanasia. Esta última recibe una definición precisa: «Se entiende como eutanasia una acción o una omisión que por su misma naturaleza, o en las intenciones *(consilio mentis)*, provoca la muerte, con el fin de eliminar todo dolo»; se añade inmediatamente: «La eutanasia se sitúa, por consiguiente, en el plano de las intenciones y de los métodos usados.»[31]

Y puesto que la única exposición orgánica en torno a nuestro asunto se encuentra constituida por la *Declaración sobre la eutanasia*, publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe el 5 de mayo de 1980[32], parece oportuno transformar este documento en el texto privilegiado para nuestra exposición.

Especialmente certera se muestra ya la misma manera de enfocar la cuestión: tras una breve *Introducción*, con la que pretende explicitar los motivos de esta nueva intervención en torno a un problema sobre el que el Magisterio se había ya pronunciado netamente, se traen a colación, antes que nada, determinados principios morales relativos a *la vida humana* (I); viene después la parte central, dedicada a la *eutanasia*, partiendo de una clara definición de la misma (II); se afrontan más tarde dos grupos de problemas que plantea a menudo cualquier situación de sufrimiento y de enfermedad grave, y que a veces se entrecruzan con la eutanasia: el sufrimiento y los problemas anejos al uso de *analgésicos* en enfermos terminales (III); y la muerte rodeada de una digna serenidad, y las terapias tendentes a prolongar la lucha contra la muerte, que fácilmente limitan con formas más o menos claras de *encarnizamiento terapéutico* (IV). Estos dos grupos de problemas, los más frecuentemente debatidos hoy día, son resueltos con criterios claros y motivados desde el punto de vista de una respuesta moralmente correcta.

Me limito a recoger algunos puntos entre los que poseen mayor relieve.

La condena moral de la eutanasia, sea quien fuere el que la desee, la autorice o la permita, es, obviamente, neta, severa, y no tiene excepción alguna, de acuerdo con toda la tradición cristiana, solemnemente confirmada en el Concilio Vaticano II[33]: «Nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente (...). Nadie puede reclamar ese gesto homicida ni para sí mismo ni para otro (...), ni puede darle su consentimiento. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo o permitirlo».

[30] Al respecto, consúltese en particular la página de la dramatización del juicio final, en el Evangelio de San Mateo, cap. 24, vv. 31-48.

[31] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaratio de euthanasia*, cit., parágrafo II.

[32] En relación con las acostumbradas indicaciones, cfr. nota 29.

[33] Constitución pastoral *Gaudium et spes*, n. 27. La eutanasia y muchas otras graves violaciones de la vida, de la dignidad y de la integridad de la persona, son condenadas como acciones vergonzosas que «cum civilizationem humanam inficiunt, magis eos inquinant qui sic se gerunt, quam eos qui iniuriam patiuntur, et Creatoris honori maxime contradicunt».

Y a quienes aducen como justificación el hecho de que hay *pacientes que imploran la muerte*, la Declaración hace notar: «Las súplicas de los enfermos muy graves, que a veces piden la muerte, no deben ser entendidas como expresión de una seria voluntad de eutanasia; en efecto, se trata casi siempre de peticiones angustiadas de ayuda y de afecto». Una afirmación, ésta, significativamente confirmada por la experiencia de muchos médicos y enfermeras atentos a las dimensiones y a los valores humanos de su profesión y de sus pacientes. La célebre doctora Cecily Saunders, iniciadora de los Hospices, escribe: «Si un enfermo pide la eutanasia, es porque echa de menos a alguien, y este alguien, en muchos casos, es el médico. Muy a menudo la petición "hacedme morir" debe traducirse por "aliviadme el dolor y prestadme atención". Si se satisfacen estas dos necesidades, generalmente la petición no vuelve a repetirse»[34].

En cuanto al uso de *analgésicos* que tiene como efectos colaterales la pérdida de conciencia del paciente y un acortamiento de la duración de su vida, la formulación más completa de la doctrina de la Iglesia sigue siendo todavía la que expresó Pío XII, en su discurso del 24 de febrero de 1957, recogida en lo esencial por la *Declaración*.

Es sabido que aquel discurso, tras una amplia introducción, se desarrolla dando respuesta a una serie de preguntas concretas, formuladas al Papa por el IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología, que se celebró en Roma del 15 al 17 de octubre de 1956. La Declaración reproduce, en el parágrafo III, sólo la síntesis conclusiva de la respuesta al tercer interrogante, que el propio Papa formula de nuevo brevemente. He aquí el texto en el original, en lengua francesa: «La suppression de la douleur et de la conscience par le moyen des narcotiques (lorsqu'elle est réclamée par une indication médicale), est-elle permise par la religion et la morale au médecin et au patient (même à l'approche de la mort et si l'on prévoit que l'emploi des narcotiques abrégera la vie?»[35]. Hay que responder: «s'il n'existe pas d'autres moyens et si, dans les circonstances données, cela n'empêche pas l'accomplissement d'autres devoirs religieux et moraux: Oui»[36]. Con todo, el Pontífice pone los medios para evitar que esta valoración moral acabe por ser tomada como aval para una de las formas enmascaradas de eutanasia: «L'anesthésie employée à l'approche de la mort, dans le seul but d'éviter au malade une fin consciente, serait non plus une acquisition remarquable de la thérapeutique moderne, mais une pratique vraiment regrettable»[37].

En cuanto a los nuevos problemas creados por el desarrollo de las *técnicas de reanimación* y relativos a la muerte y a la eutanasia, la Declaración se ocupa de ellos en el parágrafo IV. Valorando y afinando la doctrina tradicional en torno a los medios terapéuticos ordinarios y extraordinarios, de los cuales los primeros han de ser obligatoriamente utilizados, desde el punto de vista ético, pero no los segundos, se logran establecer coherentemente algunos criterios morales. Implícitamente, toda la doctrina queda resumida en ésta: *«Siempre es lícito contentarse con los medios morales que la medicina puede ofrecer.* Por consiguiente, a nadie se puede obligar a recurrir a un tipo de cuidados que, por más que hoy día se utilicen, no se encuentran libres de peligros o resultan demasiado gravosos. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o una simple aceptación de la condición humana, o un deseo de evitar la utilización de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien la voluntad de no imponer cargas demasiado pesadas ni a la familia ni a la colectividad».

Explicitando telegráficamente *la normativa que se deriva* de ese criterio moral, puede advertirse con claridad que quien está inevitablemente a las puertas de la muerte:

— puede lícitamente rechazar el someterse a terapias o pedir que se interrumpan, cuando superan el nivel de los «medios normales»;

[34] «Propos entendus à St. Christopher's», en *Laennec*, otoño de 1975, y en *Médicine de l'homme*, octubre de 1975, cit. así en el documento del Episcopado francés «Problèmes éthiques posés aujour'hui par la mort et le mourir», y publicado en *Bulletin du Secrétariat de la Conférence épiscopale française*, 6, marzo de 1976.

[35] Cfr. el parágrafo III de la *Declaración;* para una información más completa sobre el discurso de Pío XII, cfr. nota 29; el texto original del discurso está en lengua francesa; la traducción italiana que utilizamos aparece en el volumen: ANGELINI, F. (a cargo de), *Pío XII. Discorsi ai medici*, Roma, Orizzonte Medico, 1960, pp. 551-581.

[36] *Discorsi e Radiomessaggi...*, cit., vol. S VIII, p. 798.

[37] Ídem, p. 796.

— pero también le está permitido éticamente lo contrario;

— sin embargo, resulta ilícito rechazar los «cuidados mínimos», pues su omisión causaría de hecho la muerte.

Otra formulación, a la par sintética y esclarecedora, de la posición de la Iglesia en torno a este problema es la que contiene el documento del Consejo Pontificio «Cor Unum»: *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos* (27 de junio de 1981). Reproduzco el fragmento que nos interesa: «no existe obligación moral de recurrir a medios extraordinarios (...). Sin embargo, sigue en pie la obligación de proseguir a toda costa la aplicación de los medios denominados «mínimos», es decir, de aquellos que normalmente y en las condiciones habituales se encuentran destinados a mantener la vida (alimentación, transfusiones de sangre, inyecciones, etc.). Interrumpir su suministración significaría de hecho querer poner fin a los días del paciente» (n. 2.4.4.).

Conclusión

La reflexión ética sobre un problema tan seriamente dramático como es el de la eutanasia, no puede sustraerse a la tarea de responder a la pregunta: *¿qué debemos hacer?*

Algunas indicaciones han ido apareciendo a lo largo de la exposición, y no parece oportuno volver a repetirlas. Pueden sintetizarse en la *exigencia de rehumanizar la muerte.* Los caminos maestros que deben recorrerse para llevarlo a cabo siguen siendo los que trazaron y pusieron satisfactoriamente a prueba por medio de la experiencia dos mujeres, Elisabeth Kübler-Ross y Cecily Saunders. La primera, de manera particular con sus publicaciones[38]; la segunda, con la puesta en marcha del movimiento de los Hospices[39], seguidos muy pronto por otros más o menos inspirados en él.

Pero en la medida en que uno está convencido de que la creciente petición de que se legitime la eutanasia en la sociedad occidental hunde sus raíces en la cultura dominante (como se ha visto), es fácil advertir que el compromiso operativo debe potenciar al máximo sus propias dimensiones, en extensión y en profundidad. Teniendo en cuenta estos aspectos del problema, se impone antes que nada *el redescubrimiento del significado y de los valores del sufrimiento y el del verdadero rostro de la muerte.* Una empresa sólo posible en el contexto de una amplia superación de cualquier concepción materialista del hombre y de cualquier concepción materialista de la vida, y que debe venir precedida por una reinstauración de la escala de valores más adecuada a la dignidad de la persona humana.

Lo que se impone, por tanto, es un compromiso y una tarea de dilatadas proporciones, cuyo fin último sería el de llevar a cabo *una verdadera revolución cultural,* capaz de liberar a la cultura dominante del lastre de elementos innegablemente deshumanos, y de desarrollar esos otros que, virtualmente, contienen los valores indispensables para que la sociedad resulte verdaderamente digna del hombre redescubierto en su real grandeza y dignidad.

[38] KÜBLER-ROSS, E., *On Death and Dying*, Nueva York, Macmillan, 1969, con traducciones en las principales lenguas; entre los estudios sucesivos de la misma autora puede recordarse: *Les derniers instants de la vie*, Ginebra, Labor et Fides, 1975 (traducción del original: *Death: The Final Stages of Growth).*

[39] SAUNDERS, C., *The Management of terminal Disease*, Londres, Edward Arnold, 1978; para más amplia información sobre este punto, consultar DU BOULAY, S., *Cecily Saunders. The Founder of the Modern Movement*, Londres, Hodder and Stoughton Limited, 1984; trad. ital.: *Un movimiento per l'assitenza ai malati incurabili. Cecily Saunders: la fondatrice*, Milán, Jaca Book, 1987, al final se encuentra la lista de las publicaciones de C. Saunders desde 1957 a 1983.

Bibliografía

ANGELINI, F. (a cargo de): *Pío XII. Discorsi ai medici*, Roma, Orizzonte Medico, 1960.

BARNI, M.: «Considerazioni sull'eutanasia. Il pensiero di un medico legale», en *Federazione Medica*, 38, 1, 1985, pp. 5-12.

BERETTA, P. (a cargo de): *Morire sì, ma quando?*, Milán, Ed. Paoline, 1977.

BOMPIANI, A.: «Eutanasia e diritti del malato "in fase terminale". Considerazioni giuridiche», en *Presenza Pastorale*, 55, 5/6, 1985, pp. 76-119.

CAMPANINI, G.: «Eutanasia e società», en BERETTA, P.: *op. cit.*, pp. 58-67.

CAMPBELL, A. G. M.: «The right to be allowed to die», en *Journal of Medical Ethics*, 9, 1983, pp. 136-140.

CAPRILE, G. (a cargo de): *Giovanni Paolo II. Dieci anni per la vita*. Florencia, Centro Documentazione e Solidarietà, 1988.

CICCONE, L.: «L'eutanasia», en CICCONE, L.: *Non uccidere*. Milán, Ares, 1984, pp. 257-294.

CONGRETAIO PRO DOCTRINA FIDE: *Declaratio iura et bona de euthanasia* (5-V-1980), en Acta Apostolicae *Sedis*, 72, 1980, pp. 542-552.

EDITORIALE: «Né eutanasia né accanimento terapeutico», en *Civiltà Cattolica*, 129, 1, 1987, pp. 313-326.

FACOLTÀ TEOLOGICA DELL'ITALIA SETTENTRIONALE: *Il significato cristiano della sofferenza*, Brescia, La Scuola, 1982.

GILLON, R.: «Acts and omission: Killing and letting die», en *Journal of Medical Ethics*, 10, 1984, pp. 59-60.

GIUSTI, G.: *L'eutanasia, diritto di vivere, diritto di morire*, Padua, Cedam, 1982.

KÜBLER-ROSS, E.: *On Death and Dying*, Nueva York, Macmillan, 1960.

Les derniers instants de la vie, Ginebra, Labor et Fides, 1975.

LENER, S.: «Sul diritto dei malati e dei moribondi: è lecita l'eutanasia?», en *Civiltà Cattolica*, 118, 2, 1976, pp. 217-232.

MAESTRI, W. F.: «Euthanasia: the right to die… the duty to die?», en *Choose life and not death*, Nueva York, Alba House, 1986, p. 77-118.

MARCOZZI, V.: «L'eutanasia di fronte alla legge naturale e alla legge rivelata», en VV. AA.: *Medicina e Morale*, Roma, Orizzonte Medico, 1975, vol. 1, pp. 187-210.

PELLICCIA, G.: *L'eutanasia ha una storia?*, Bari, Ed. Paoline, 1977.

PERICO, G.: «Eutanasia e accanimiento terapeutico in malati terminali», en *Aggiornamenti sociali*, 36, 1985, pp. 3-14.

PREUS, A.: «Respect for the dead and dying», en *Journal of Medicine and Philosophy*, 9, 1984, pp. 409-415.

REINICHNICK, P.: «Évolution du concept "euthanasie" au cours de ces cinquante dernières années» (1), en *Médecine et Hygiène*, 1553, 1984, pp. 653-666.

RIBES, B.: «Jalons pour une approche anthropologique et éthique de l'euthanasie", en *Études*, 343, 1975, pp. 645-667.

ROMANINI, A; SPEDICATO, M. R.: «Unità di cura continuativa. Nuova soluzione terapeutica e assistenziale nella malattia», en *Progressi clinici: medicina*, Padua, Piccin, 1988, vol. 3.

SABATO, A. F.: «La terapia del dolore», en ROMANINI, A., SPEDICATO, M. R.: *op. cit.*, pp. 65-80.

SAUNDERS, C.: *The Managenemt of Terminal: Disease*, Londres, Edward Arnold, 1978.

SGRECCIA, E.: «Dignità della morte ed eutanasia», en VV. AA.: *Il valore della vita*, Milán, Vita e Pensiero, 1985, pp. 132-161.

SLACK, A.: «Kitting and allowing to die in medical practice», en *Journal of Medical Ethics*, 10, 1984, pp. 82-87.

VARGA, A. C.: «The ethics of infant euthanasia», en: *The main issues in bioethics*, Nueva York, Paulist Press, 1984, pp. 287-302.

VERSPIEREN, P.: *Face à celui qui meurt. Euthanasie. Acharnement thérapeutique. Accompagnement*, París, Desclée de Brouwer, 1984.

29. ÉTICA Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

A. Polaino-Lorente

Introducción

El tema de la muerte y del fin de la vida es algo que se inscribe, con todo derecho, en el ámbito de la Bioética, como así lo han puesto de manifiesto la mayoría de los filósofos morales, de forma ininterrumpida, desde la antigüedad. En otro capítulo de esta publicación nos hemos ocupado de la atención y el derecho a la información veraz de los enfermos en fase terminal. En las líneas que siguen me ocuparé del suicidio, un problema éste que muy especialmente nos atañe a los psiquiatras.

La conducta suicida, constituye un buen indicador, a pesar de ser minoritaria y excepcional, del funcionamiento social y, a su través, de la imagen de hombre que está vigente en una determinada cultura. Dado los acontecimientos actuales, resultaría inexcusable el no ocuparnos aquí de este problema.

Disponemos de varias definiciones acerca del suicidio. De ellas, tomaré algunas de las más conocidas y aceptadas en el ámbito de la psiquiatría. Para Achille-Delmas (1932), el «suicidio es el acto por el que un hombre totalmente competente se mata a sí mismo; él es capaz de vivir, pero elige sin ninguna obligación la muerte». Deshaies (1947), para salvaguardar el estado normal de la conciencia del suicida y para garantizar la validez de ese acto, propone la que sigue: «definimos al suicidio como el acto de matarse a sí mismo de modo habitualmente consciente, tomando la muerte como un medio o como un fin».

Desde el punto de vista médico-legal, el énfasis se ha puesto en la intencionalidad del acto, hasta el punto de ser este criterio el que sirve para distinguir entre las distintas formas de muerte recogidas en la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (natural, accidental, homicida, suicida e indeterminada; International Classification of Diseases, 8.ª revisión, 1968).

Baechler (1979) ha trasladado el centro de gravedad del suicidio de la intencionalidad a la conducta. En su opinión, el suicidio denota toda conducta que busca y encuentra la solución a un problema existencial, pero haciendo un atentado a la vida del sujeto. En esta definición se subraya el aspecto de la conducta, así como los problemas existenciales (sean éstos internos o externos, reales o imaginarios), condiciones que jamás están ausentes en el acto suicida.

El suicidio se incluye entre las diez principales causas que producen la muerte en la población general (Polaino-Lorente, 1987).

Se estima que entre 23.000 y 31.000 personas mueren al año en EE.UU. y 75.000 en Europa a causa del suicidio, sin incluir en esta última a Rusia y a los países del Este, cuyos datos no están disponibles. Las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes varían mucho de unos países a otros: 14 en Buenos Aires (Yampey, 1973); 7,4 en Thailandia (Bussaratid, 1983); 10 en Singapur (Chia, 1983); de 10 a 20 en Taiwan (Rin y Chen, 1983); de 6,3 a 8,1 en la India y 43 en Mandurai (Rad, 1983); de 8 a 45 en Pakistán (Ahmed, 1983); 7,20 en Siria (Al-Hakim, 1983); 3,1 en Jordania (Barhoum, 1983); 5,6 en Kuwait (Ezzat, 1983); de 20 a 25 en Japón (Cacabelos, 1984); 8,5 en Uganda (Mengech y Dhaphle, 1984); y de menos de 1 en África Occidental (Mengech y Dhaphle, 1984).

Todavía más elocuentes si cabe son las tasas de suicidio en la adolescencia. El suicidio en la adolescencia constituye la segunda causa más frecuente de muerte, sólo superada por los accidentes (United States Depatment of Health, 1975; OMS, 1975; Rosenkrantz, 1978). A parecidos resultados han llegado otros investigadores franceses (Davidson y col., 1981).

Es presumible, si nos atenemos a los recientes estudios realizados con cohortes, que la actividad

suicida en este grupo de edad probablemente continúe en aumento en los próximos años (Hellon y col., 1980: Murphy y col., 1980). De ahí que constituya un problema prioritario de salud pública. Se estima que de cada mil adolescentes, cuatro hacen una tentativa de suicidio. Cada año se suicidan setecientos jóvenes (8 por ciento), cuyas edades oscilan entre 15 y 24 años. Hace menos de veinticinco años que el suicidio constituía la sexta causa de muerte entre los jóvenes comprendidos entre estas edades. El suicidio es más frecuente entre los preadolescentes que entre los jóvenes; las tentativas de suicidio, en cambio, son mucho más frecuentes entre los jóvenes que entre los adultos. Muchas de estas tentativas acaban en suicidio consumado. La proporción entre intentos de suicidio y suicidio consumado es mucho menor entre los jóvenes (varía entre 20/1 y 120/1), que entre los adultos (8/1; cfr. Polaino-Lorente, A. y cols. 1988).

Según McIntyre y col. (1980) la tasa de suicidio en jóvenes de 15 a 24 años se ha multiplicado casi por cuatro en los veinte últimos años (de 4/100.000 en 1957 a 13,6/100.000 en 1967). Según Hollinger (1978) esta tasa ha ido incrementándose durante las dos últimas décadas: en el 31 por ciento para todos los jóvenes comprendidos entre 15 y 24 años, y en el 15 por ciento para los niños cuyas edades están comprendidas entre 5 y 14 años. Según el sexo, el número de suicidios registrados en EE.UU. en 1977, entre jóvenes de 15 a 19 años de edad, es muy superior en los varones que en las hembras (14,2/3,4). Esta proporción, según Eisenberg (1980), se mantiene entre jóvenes de 20 a 24 años de edad (29,9/7,3).

Estos datos pueden parecernos alarmantes —y, sin duda alguna, lo son—, pero probablemente son muy incompletos, puesto que gran parte de los intentos suicidas en estas edades no se denuncian y, por tanto, pasan inadvertidos.

En España no disponemos, prácticamente, de ninguna investigación epidemiológica que sea fiable a este respecto, ya que las estadísticas oficiales aparecen muy sesgadas al recoger sólo datos parciales (los que se denuncian a los juzgados). No obstante, la tasa anual de suicidios consumados en España por 100.000 jóvenes de 13 a 19 años es de 1,02, mientras que a partir de los 20 años de edad se eleva hasta 3,54, para el período comprendido entre 1975 y 1980 (Cobo, 1986).

A lo que parece, la tasa de suicidio no hace sino crecer en la sociedad postindustrial. Obviamente, en muchos de estos suicidas su conducta obedece al padecimiento de ciertas enfermedades psiquiátricas, pero no acontece así en todos los casos y, por consiguiente, no contamos con una justificación, que sea rigurosa, para explicar este hecho.

Psicopatología, Ética y suicidio

En la sociedad actual hay ciertas paradojas en torno a las posibles relaciones existentes entre suicidio y psicopatología. Se ha suscitado, un tanto artificialmente, la oposición entre «suicidio racional» y «suicidio patológico», por parte de ciertos autores, con la pretensión de encontrar a través de la distinción entre uno y otro un fundamento donde asentar el derecho al suicidio.

La mayoría de los psiquiatras sostienen que casi todos los suicidios consumados son motivados patológicamente, es decir, que en ellos están presentes y concurren, de una u otra forma, ciertos factores psicopatológicos. Y que, por consiguiente, si no preexistiera ese trastorno, probablemente, el suicidio no se habría producido.

Esto significa que no se puede admitir la existencia de un suicidio que sea propiamente tal y que esté fundamentado en la autonomía que el hombre tiene, en la libertad de que goza, puesto que el origen del suicidio es la enfermedad y ante ésta el hombre no es libre ni autónomo. Dicho de otra manera, si el suicidio se produce a causa de algún trastorno psicopatológico, entonces no se pueden admitir los suicidios racionales que, por definición, han de ser declarados como comportamientos racionales y libres.

Por contra, hay quienes piensan que el suicidio responde a muy variadas causas, admitiéndose la posibilidad del «suicidio racional», es decir, del suicidio no vinculado a ninguna causa patológica y, por tanto, mera consecuencia de un acto libre y responsable.

Así, por ejemplo, Beauchamp y Childress (1979) fundándose en el principio de autonomía, tratan de justificar el «suicidio racional» (*rational suicide*) y, en cierto modo, el derecho a llevarlo a término, puesto que lo entienden como un comportamiento autónomo que no afecta gravemente a los intereses del finado y/o de los otros.

De parecida opinión es la British Voluntary Euthanasia Society, cuya finalidad es describir y mostrar al público de qué procedimientos disponemos para llevar a cabo el suicidio, con tal de

que no causen dolor y sean eficaces. Nicholas Reade, secretario general de la citada sociedad, sostiene que «el suicidio es cada vez más un modo aceptable para poner fin a la vida, mucho más preferible que otros que causan una muerte morbosa y lenta. Nosotros simplemente ayudamos en la lucha por otro derecho humano, el derecho a morir».

Estas declaraciones realizadas al *New York Times* demuestran que estamos ante dos posiciones muy diferentes respecto del suicidio: de una parte, la que defiende la posibilidad del suicidio racional como un acto humano autónomo y libre; y, de otra, la que sostiene que el suicidio es un comportamiento muy poco autónomo, ya que está desencadenado, motivado o causado, casi siempre, por factores de tipo psicopatológico y psiquiátrico, algunos de los cuales autorizan a pensar que estamos ante una verdadera enfermedad.

Naturalmente, los que sostienen la primera posición consideran que el suicidio es un acto que moralmente debe estar permitido; los que sostienen la segunda, en cambio, no. En mi opinión, considero que el problema está mal formulado, porque suicidio y enfermedad no son aquí dos conceptos sinónimos. El suicidio acontece en una persona (el paciente) y el diagnóstico de enfermedad es una calificación que tiene por autor a otra persona (el psiquiatra). Por eso, no basta con que no se pueda probar la existencia de un trastorno psiquiátrico por cursar de forma subclínica, por ejemplo, aunque dicha enfermedad esté presente y sea real—, para que nos consideremos autorizados a calificar el comportamiento de una persona de suicidio racional.

Mi experiencia, como psiquiatra clínico que ejerce la profesión desde hace más de veinticinco años ininterrumpidos, es coincidente con la de otros autores que sostienen que en más del 90 por ciento de los suicidios consumados están presentes ciertos factores psicopatológicos que pueden explicarlos.

Esto no significa que no sea posible hablar, en algunos casos excepcionales, de suicidio racional. Pero, en cualquier caso, tal concepto es más que discutible, puesto que se presume en él una «racionalidad», sobre la que nadie ha realizado ninguna indagación. Además, el discutible rigor y oportunidad de ese término, en modo alguno debiera emplearse para apoyar algo tan radicalmente diverso como es el derecho al suicidio.

El suicidio racional nunca debiera entenderse como un derecho, ni siquiera en aquellos casos —discutibles y opinables y, por cierto, muy escasos—, en que teóricamente pueda admitirse tal concepto.

Por consiguiente, el así llamado suicidio racional constituye una figura retórica —cuyo abuso puede ser peligroso— y de más que dudoso rigor científico, cuyo uso resulta inadmisible en el estado actual de nuestros conocimientos científicos. Nada tan difícil como valorar, en cada persona que se suicida, si estuvieron presentes o no los factores psicopatológicos que pudieron desencadenar ese comportamiento. Ciertamente que, desde el punto de vista exclusivamente teórico, no repugna admitir el hecho de que en algunos suicidios pueda hablarse de una cierta racionalidad. Pero esto habría que estudiarlo en profundidad en cada persona. Reparemos en las muchas implicaciones psicopatológicas —no todas ellas manifiestas ni explorables—, que tiene esta supuesta racionalidad.

Éste es el caso, por ejemplo, de la ausencia de sentido de la vida; del cese de motivaciones biográficas de suficiente entidad como para soportar el rutinario peso de la vida, sea ésta dolorosa o no; de la presencia de una cierta desesperanza —aunque no sea patológica o no pueda demostrarse su vinculación con la psicopatología—, que hace la vida insufrible; de la insatisfacción de una vida humana que no dispone de ningún otro valor que el de las cosas materiales, que, además, están agostadas y de nada le sirven. A los anteriores factores se pueden añadir otros muchos, como, por ejemplo, el excesivo consumo de alcohol, el sentimiento de inutilidad ante el peso de la edad, la angustia ante lo incierto de la muerte que es presentida, etc. Es decir, hay centenares de circunstancias, un universo de sucesos y de variables que enmascaran y dificultan, todavía más, el posible diagnóstico diferencial que pudiera establecerse entre el suicidio patológico y el racional.

En estos casos en que los factores patológicos no inciden tan frontalmente en el comportamiento suicida o no son tan evidentes —o tal vez pasan inadvertidos al clínico—, se podría hablar de una cierta y relativa racionalidad. Pero ¿sirve esto para algo?, ¿ayuda al clínico a desempeñar mejor su trabajo el admitir la existencia del suicidio racional?, ¿aporta algún consuelo al suicida o a sus familiares?, ¿es útil el suicidio racional para prevenir o evitar el comportamiento suicida?

En cualquier circunstancia, incluso en aquellas

en que pudiera probarse una supuesta racionalidad en el acto suicida, tampoco podría asentarse por ello el derecho a disponer de la propia vida. El hombre puede comportarse racionalmente y, sin embargo, no por eso deja de equivocarse en ciertas ocasiones. En el error ni puede ni debe fundamentarse el derecho. El suicidio —incluso el suicidio racional— no es jurídicamente defendible.

Una reflexión antropológica sobre la epidemiología del suicidio

Líneas atrás, hemos visto a través de algunos datos epidemiológicos, la excesiva frecuencia con que el suicidio fustiga a la actual sociedad. Ante estos datos clamorosos parece lógico que nos detengamos un momento a reflexionar acerca del porqué de esa frecuencia y del sentido que tal vez puedan tener estos lamentables acontecimientos.

El suicidio constituye un rechazo de la vida que, en algunos autores —por ejemplo, Camus—, se manifiesta como la única salida posible ante su absurdidad, «ya que las matemáticas —escribe este autor— dirigen nuestra condición humana, sin que puedan por ello salvarnos de la desesperanza».

En muchas de estas experiencias de suicidio anda por medio la vivencia de la soledad, consecuencia de un modo erróneo de concebir al otro, que al parecer es una característica determinante de la sociedad permisiva. Por eso el aumento del suicidio que se ha experimentado en la última década, tal vez haya que relacionarlo con el profundo cambio que sobre la concepción del otro se ha producido en la sociedad permisiva. En este horizonte se entiende mejor el énfasis que unos pocos ponen en defender el derecho al suicidio. Son los que, de la mano de Sartre, consideran que «el infierno son los otros». Esta afirmación jamás sería defendida por un cristiano y pone de manifiesto la conciencia de egoísmo en que el hombre actual está instalado y la negación radical de la solidaridad humana.

Para cualquier otra persona, no tan herméticamente cerrada en sí misma, los otros cuentan, y cuentan tanto o más que la propia vida, ya que ésta alcanza su valor precisamente en la medida que se gasta al servicio de los demás. Para éstos últimos, por contraposición a Sartre, «el cielo son los otros», y esto con todas sus consecuencias.

La defensa apasionada e irracional del suicidio tiene también que ver con la glorificación de la libertad humana, entendida como algo absoluto, tesis que ha sido defendida por cierto sector de los filósofos contemporáneos. Para alguno de ellos lo único importante es sólo la satisfacción personal en el tener —una satisfacción más propia de la personalidad de mercader—, mientras se olvidan que también para el logro de ese tener hay que contar con los demás.

Para el hombre consumidor, la cumbre de la vida se alcanza en ciertas elecciones, todas ellas, naturalmente, placenteras. Poco le importa cuáles sean las consecuencias de esas elecciones. El único aspecto relevante que hoy parece destacarse en la libertad humana es la capacidad de elegir y de satisfacer cualquier deseo, tan pronto como éste surja. Pero, simultáneamente que se enfatiza el absoluto de la libertad apetitiva humana se silencia, por contra, cuál es el fin, el para qué de la libertad, así como otros muchos deseos que no son apetitivos y que, sin embargo, radican en la voluntad y tan profundamente afectan a la libertad del hombre.

Desde otra perspectiva, la vida como autoapropiación tiene, desde luego, bastante sentido. Citando a Polo (1987), si el hombre no tuviera razón, no tendría capacidad de conocer y, por consiguiente, no podría ser responsable. Lo mismo acontecería si el hombre no tuviera voluntad; al no poder querer, tampoco sería libre, porque no podría elegir. Y si no puede elegir no es responsable. Luego tener razón y tener voluntad es propio del hombre, hasta el punto de que el hombre puede definirse como un ser que tiene.

De otra parte, esta capacidad de tener del hombre no se agota sólo en las facultades espirituales del entendimiento y la voluntad, con cuyo concurso el hombre se autoconoce y autoposee y se aprecia y quiere, es decir, se apropia de sí mismo. Por eso habría que afirmar que el hombre se tiene a sí propio, cosa que no acontece en ningún animal. Lo propio del hombre es, pues, tenerse a sí mismo, y a eso lo habíamos denominado con el término de libertad, puesto que ser libre no es otra cosa que ser *dueño de sí* y de los propios actos.

Ahora bien, el «tener» del hombre no se agota en estos contenidos espirituales, entre otras cosas, porque para que este tener sea viable es preciso que el hombre se alimente, se proteja del frío, etc., es decir, el hombre llega a apropiarse de sí, si tiene también otras cosas materiales que, aunque subordinadas a este tenerse a sí mismo, también le son irrenunciables.

Esta capacidad humana de apropiarse los objetos materiales mediante el trabajo y de transformarlos y adaptarlos a sus necesidades es lo que, según algunos, genera una sospecha infundada acerca del tener. Y es que, lógicamente, los modos de apropiación de cosas materiales, por parte del hombre —aun siendo naturales y legítimos—, pueden resultar contrarios a la propia dignidad y al respeto del prójimo. Por eso, junto a las dos formas de tener a las que acabo de referirme, siguiendo a Polo, el hombre tiene una tercera forma de tener que le es natural y jerárquicamente superior a las dos anteriores. Me estoy refiriendo, claro está, a que «el hombre es capaz de tener (de modo intrínseco) en su misma naturaleza una perfección adquirida. Es lo que los griegos llaman virtud o hábito» (Polo, 1987).

A este último modo de tener es al que se subordinan los dos modos anteriores, ya que tanto el tener cosas materiales como el tenerse a sí mismo se articulan mediante la relación medio-fin, ordenándose a otro fin más alto, justamente el de la capacidad de «tener» virtudes. Tan es así que estas virtudes no son otra cosa que fines de las acciones corpóreas y prácticas.

Ahora bien, si alguien tiene la posibilidad de apropiarse la virtud, jamás podrá estar condenado a ser un irresponsable. Esto quiere decir que el tercer modo de tener al que estoy aludiendo demuestra, una vez más, que el hombre es responsable, precisamente por esa capacidad de tener, simultáneamente que por esa misma capacidad el hombre se abre a unas posibilidades que le trascienden como persona. Gracias a que el hombre puede proponerse esta posibilidad como fin de su trayectoria biográfica, el hombre puede descubrir medios. Y en tanto que utiliza esos medios, los medios y su utilización tienen sentido si se enderezan atinadamente a alcanzar su fin último.

Si en el hombre no hubiera esa capacidad de tener, al modo de la posesión inmanente —aquella actividad por la que algo es poseído por el hombre en esa misma operación—, la técnica no sería viable y la posesión práctica sería imposible, como acontece en los demás animales no racionales, que son capaces de consumir cosas, pero no de apropiárselas y que en verdad les pertenezcan.

Por eso, como escribe Polo (1987), al que sigo en este razonamiento, «el fin del hombre no es la producción, sino la contemplación, y la producción vale en tanto en cuanto que es un medio para algo más alto. El hombre es *homo faber* porque es *homo sapiens* (...); el hombre solamente es libre de medio a fin (...); si la relación medio-fin se invierte, el *homo faber* se transforma en el "aprendiz de brujo" y aparece el carácter trágico de la técnica, que, al desposeerse de sentido humano, se convierte en nuestro adversario».

Dejemos asentado, pues, de una vez por todas, que «tener», en sí mismo considerado, no es malo; de lo contrario, todo hombre, por el hecho de serlo, también sería malo. Otra cosa es que el hombre invierta la relación medio-fin o tenga la pretensión de limitarse impunemente a perjudicar a los demás a través de su tener.

Hoy no se entiende la libertad humana como algo que naturalmente tiene restricciones, que tiene límites y fronteras que recortan su ámbito y que ciñen la amplitud de nuestras elecciones. Esto es lo que, con fortuna, algún autor ha denominado como vivir fuera de control (*living out of control*). Ahora bien, con una libertad así entendida el propio significado de nuestra vida se oscurece, haciendo que ésta todavía se entienda menos.

La pregunta que habría que hacerse es si la vida humana es un regalo o una posesión. En función de cuál sea la contestación del hombre, así será el talante de su vida y su opinión sobre el suicidio. Si la vida humana se entiende como una apropiación, cada uno será libre de hacer con su vida lo que quiera. Pero en ese caso se habrá producido una pérdida del sentido de lo sagrado y del sentido trascendental, en cuyas coordenadas es precisamente donde se acuna el significado y sentido de la existencia personal.

Ahora bien, si la persona es libre para hacer con su propio cuerpo lo que le da la gana —para suicidarse si así se le antoja—, y si esto se concibe además como un derecho irrenunciable, es difícil encontrar, por ejemplo, alguna razón que permita reconocer algún derecho al no nacido. Por otra parte, si toda la libertad se agota en la autoconstrucción personal —de forma solitaria y de espaldas a los demás—, entonces la libertad humana contribuye al aislamiento pero no a la solidaridad.

En un caso así, a la persona lo único que le preocupa entonces es la tarea de la construcción personal de su ser mediante el «tener», pero nadie se puede autoconstruir a sí mismo si no es pasando por la ayuda de y a los demás, sin abrirse a los otros, es decir, sin autotrascenderse y entregarse a acciones solidarias, a convicciones que le lleven a estar al lado de su prójimo.

De aquí que apelando a sólo la posesión, la vida humana no alcance su sentido. Ahora bien, casi todo lo poseído, como demuestra la experiencia, es corruptible, a no ser la posesión de la virtud, que es una posesión más estable, ya que en ella coinciden la actuación y la propia naturaleza humana. Precisamente por eso, la posesión de la virtud no constituye un objetivo externo al hombre, sino que ella misma sirve a la autofinalización felicitaria del hombre. Dicho de otra forma: «el que no tiene virtudes no puede ser feliz, (ya que) la felicidad consiste en la posesión de lo que viene más adecuadamente sin temor a perderlo» (Polo, 1987). Llegados a este extremo convenimos en que el «tener», o al menos cierta forma de tener, es lo que permite al hombre que se apropie de la virtud y sea feliz. En cierto sentido, podemos concluir, que un cierto «tener» (el de la virtud, que además tiene carácter perfectivo) es lo que hace feliz al hombre.

Desde otra perspectiva, el hombre también es un ser que se caracteriza por la donación, ya que los animales tampoco dan. Pero para donar, para dar algo, antes hay que tenerlo, como reza el adagio que sostiene que «nadie da lo que no tiene».

El hombre está hecho para autodonarse; lo propio del hombre es la donación de sí mismo como persona. Hay muchas formas de bloquear, impedir o frustrar esta donación —la más absoluta la del suicidio—, muchas de las cuales conducen, por sus propios pasos, a la alienación. En las líneas que siguen me detendré en algunas de las formas que hacen inviable la donación humana y que, por impedirla, generan y causan la enajenación del hombre.

Éste es el caso, en primer lugar, de las personas que sólo se ocupan de la posesión de cosas materiales. En este contexto, el hombre se olvida de que para tener algo es preciso salir de sí, darse, entregarse a lo que se quiere apresar. La caída del hombre en el consumismo tiene mucho más de donación alienante que de posesión perfectiva, puesto que durante esa conducta consumista el hombre tiene que salir de sí y entregarse a lo consumido, sin que apenas tenga conciencia de ello, y sin autorrecuperarse en lo dado (acrecerse en sus valores), identificándose con lo recibido (cosificándose) y, en una palabra, degradándose a mero consumidor de cosas.

Otro ejemplo está representado por el hombre que —sin ninguna causa justa— ha renunciado a autoposeerse, a conocerse a sí mismo. Hoy como ayer, muchas personas apenas se conocen. Y sin autoconocimiento no es posible la más importante de las posesiones, la de tenerse a sí mismo. Y como sin tenerse a sí mismo no se puede autodirigir la propia conducta, la mayoría de estas personas llevan una vida a la deriva, siendo su conducta una mera respuesta a los estímulos del medio ambiente.

La ausencia de autoposesión en el origen hace que la libertad se extinga, lo que es sinónimo de extrañamiento y desposesión. Si en el ejemplo anterior el hombre consumista asistía a la tragedia de ser tenido por lo que consumía, más que por tener él lo consumido, en este ejemplo la tragedia vuelve a surgir, al no poderse dar el hombre a nadie por no autoposeerse previamente.

Ahora bien, si ni siquiera se sabe que no se sabe nada acerca de uno mismo (la falta de conciencia que de la propia conciencia tiene el hombre contemporáneo), entonces la libertad no es posible y la conducta humana se reduce a lo que apenas es un mero automatismo, un reflejo condicionado, todo lo complejo que se quiera, en donde las elecciones resultan inviables e imposibles.

La imposibilidad de dar, por parte del hombre que no se conoce a sí mismo es un hecho que resulta obvio. Este hecho puede formularse con una expresión más apropiada: quien no se posee a sí mismo no puede amar. Y es que amar, no se olvide, consiste en «querer el bien del otro», algo que supone darse a sí mismo al otro, autoexpropiarse (perder la titularidad de la propiedad de sí mismo) en favor del otro.

Pero si no se tiene esa titularidad, si no se es propietario de sí mismo, ni él mismo ni nadie podrá expropiarlo. Pero como el hombre es un ser hecho para amar, cualquier persona que esté incapacitada para la donación no cumple con sus propios fines y, en consecuencia, está frustrada, desfinalizada, en una palabra, su vida se ha vuelto ininteresante para sí mismo e insta por autosuprimirse.

Líneas atrás se afirmó que otra de las formas de tener propias del hombre es la de la posesión inmanente, la que fue denominada por los pensadores clásicos como virtud o hábito. Conviene aquí recordar que también hay hábitos viciosos. Y que los hábitos se forman tras la repetición de actos. En consecuencia, así como el hombre tiene la capacidad de tener hábitos (virtuosos), el hábito malo (viciado o no virtuoso) de esta peculiar forma de tener, no es exclusivamente tenido por el hombre, sino que más bien, en cuanto que tal facilidad para obrar, él mismo tiene al hombre.

De aquí que este modo de posesión se nos aparezca como un conjunto de hábitos viciados, erráticos y disconformes con la naturaleza humana, que como mero condicionamiento, como proceso automatizado de la conducta humana puede transformala en un mero automatismo, en algo casi mecánico que afecta a la entera subjetividad. Como consecuencia del tener no virtuoso, la entera vida de un hombre va donde no quiere ir y hace lo que no decide hacer. En unas circunstancias como éstas, no sorprende que emerjan las ideas suicidas.

Por contra, la identidad bien fundamentada —lo que se opone al «tener» malos hábitos—, es otro estilo de comportamiento, otro cierto hábito por el que el hombre se desprende de sí mismo y se otorga en favor de otros (amor). Desde esta perspectiva, escribe Polo: «el hombre es un ser personal porque es capaz de dar. Desde la persona, dar significa aportar. El aportar refrenda el tener (...). La persona añade y se añade, o lo que es igual, otorga operosamente. Esto, que es algo más que el interés y que, asimismo, supera el desinterés, se puede designar con la expresión agustiniana *ordo amoris*».

El valor de la vida humana no puede determinarse únicamente por sí sola, considerando al hombre en el más hermético de los aislamientos. La vida se explica mucho mejor —su sentido y significado es también más inteligible— cuando se contempla como algo independiente, a la vez que simultáneamente vinculado a la trama de las vidas ajenas, como formando una parte irrenunciable del tejido social configurado por todos los hombres.

La vida se entiende muy mal cuando trata de explicarse como una propiedad cerrada, sin principio ni término, cuyo título pertenece de forma absoluta a un yo solitario, aislado y completamente independiente de todos, que puede disponer absolutamente de ella, es decir, como una apropiación solitaria y abandonada a no se sabe qué extraño y desconocido destino. En este modo de entender la vida, la experiencia del suicidio tendría mejor acomodo, pues la vida resultaría entonces tan ininteligible como el mismo suicidio.

La vida se explica mejor, cuando es considerada como un legado, como un don recibido que debemos reverenciar y amar, y del que disponemos plenamente, pero del que también, alguna vez, habremos de rendir cuentas.

El suicidio y la sociedad permisiva

La sociedad permisiva defiende el derecho al suicidio. La sociedad permisiva permite todo, incluso el suicidio; de lo que no estamos seguros es de que permita su propia extinción como tal sociedad. La sociedad permisiva manifiesta que no tiene claro el tema de los valores. La sociedad permisiva es aquella en la que todo está permitido, aquella en que cada hombre puede hacer lo que le de la gana. Pero si permite todo es porque en esa sociedad nada es bueno ni nada malo. En efecto, si algo fuera bueno no sólo lo permitiría, sino que estimularía a seguirlo y lo premiaría. Por contra, si considerara algo como malo, la sociedad permisiva no sólo desautorizaría que se hiciese, sino que lo prohibiría y lo castigaría, es decir, dejaría de ser permisiva. La sociedad permisiva no reconoce ningún valor, a no ser ese extraño disvalor que es la permisividad.

Al comportarse así, la sociedad permisiva, determina la extinción o abolición de todo valor. Ahora bien, cuando no hay ningún valor, cuando nada vale, lo lógico es que las convicciones no arraiguen ni se desarrollen en la persona. Y un hombre sin convicciones, un hombre sin valores difícilmente puede generar actitudes que sirvan para su orientación y el gobierno de lo que debe ser su comportamiento. Falto de actitudes-guías, el hombre despilfarra su libertad, mientras su comportamiento se precipita en el caos sin ningún sentido.

Esto es lo que precisamente se descubre cuando tratamos de investigar en las causas que motivaron ciertos comportamientos suicidas, toda vez que no pueden explicarse apelando a la ocurrencia de trastornos psicopatológicos. Nada de particular tiene, entonces, que se incremente la frecuencia de intentos suicidas en una sociedad en la que no hay convicciones ni valores y, en consecuencia, sólo se reconoce el derecho a que cada uno haga con su vida lo que le apetezca, incluso hasta el extremo de la autoaniquilación.

Un ejemplo de ello es el caso bien conocido de Jeanette Adkins. Jeanette Adkins tenía sólo 54 años y aún se encontraba bien, pero le desesperaba la idea de tener que vivir con la enfermedad de Alzheimer, que sospechaba tener. Ella no estaba preparada para matarse por su propia mano, pero contrató a alguien para que le ayudara y le encargó que le proporcionara un fin indoloro.

El doctor Kiborkian, por su parte, quería probar

su invento: una máquina de matar que la paciente podía activar por sí misma. Al apretar un botón, la paciente recibiría por vía intravenosa una dosis de «diopental», que le dormiría y, a continuación, una dosis letal de cloruro potásico. Jeanette Adkins era miembro de la Henlodt Society, la sociedad de la cicuta que aboga por la eutanasia activa voluntaria como remedio a los enfermos terminales.

Jeanette había oído hablar de Kiborkian y se puso en contacto con él. En junio viajó a Michigan —donde el suicidio y la «asistencia» al suicida son legales—, para usar su máquina y morir dentro de su mugrienta furgoneta. Jeanette Adkins se administró ella misma la inyección letal y Kiborkian decidió ayudarla.

Todo esto demuestra que el valor de la vida se ha vuelto arbitrario y que a algunos les importa menos la vida que la extraña libertad para autosuprimirse. En la actualidad no importa tanto el valor de la vida cuanto el de la persona que, equivocadamente o no, toma la decisión de acabar con ella. Y las legislaciones, obviamente, van transigiendo en favor de algunos, por el momento, muy excepcionales.

Frente a esta práctica, en el caso de los abortistas, por ejemplo, es la propia madre quien decide si la vida de su hijo no nacido ha de continuar o no. Por contra, en el caso de los enfermos terminales, quien decide si su vida seguirá adelante o no, suelen ser los familiares y/o el «médico» de la sociedad de la cicuta. En otros casos —en la eutanasia voluntariamente elegida por el propio cliente—, el «médico» actúa sólo como consejero y colaborador activo del «paciente». Estamos ante una situación simulada, pues ni el «médico» ni el «paciente» que así se comportan son realmente tales, y la «muerte dulce» —en la que ambos participan y uno sólo sufre— tiene las hechuras del homicidio o el suicidio, en función de quién sea la persona que se juzga y se somete, más o menos voluntariamente, a esta sentencia.

Simultáneamente que la sociedad permisiva tolera estos casos, no permite, en cambio que, conforme a las leyes, los jueces tomen la decisión de condenar a un reo a la pena de muerte. Son muchos los autores que piensan que el estado no debe dar una inyección letal a un condenado, ya que la muerte es la pena capital, un castigo demasiado cruel para sancionar al reo que, en muchos casos, sólo es el producto de una sociedad enferma, y que todavía podría reformarse.

La prohibición social de esa misma pena capital encuentra, a lo que parece, muchos eximentes cuando se trata de un inocente enfermo terminal. Ciertamente que en el caso de un homicida son los jueces los que condenan y que, en el caso del enfermo terminal, es el paciente el que se condena a sí mismo, y que esto constituye una importante distinción que es preciso tener en cuenta. Pero son las mismas leyes, en uno y otro caso, las que autorizan o desautorizan y hacen legítima o no la aplicación de esta pena capital. En consecuencia con ellas, en el caso del reo culpable no se autoriza, mientras que sí se autoriza en la persona anciana inocente que, simplemente, no se soporta a sí misma, porque no tolera el miedo a los padecimientos que, según imagina, tal vez le sobrevengan como efecto de la enfermedad que padece o, más tarde, puede llegar a padecer.

En el primer caso, la comunidad desautoriza al Estado, de manera que no sea éste el que decida y ejecute la vida ajena. En el segundo, en cambio, esa misma comunidad arma y entrena, mediante el adiestramiento y la colaboración, la mano balbuceante e insegura de una persona mayor que, por haber sido un bien social y ser anciana o estar enferma, ahora se tolera impunemente su autoextinción.

Ningún psiquiatra puede estar de acuerdo con estos procedimientos brutales que atentan contra la vida humana. Cualquier psiquiatra ha tenido demasiadas veces sobre sus espaldas la pesada responsabilidad de tratar a pacientes psíquicos que, lamentablemente, sufren pensamientos suicidas. Los psiquiatras conocemos muy bien la posibilidad de que determinadas crisis existenciales y conflictos personales —que con un poco de ayuda podrían haberse resuelto— lleguen a desencadenar un intento de suicidio en el enfermo terminal. La mayoría de las veces que se impide o frustra este comportamiento, el propio paciente se siente arrepentido de haberlo intentado y agradecido a quien se lo impidió.

Hay algunas instituciones —entre ellas la de los «samaritanos» que, una vez más, han puesto de relieve la importancia del respeto a los enfermos mentales o crónicos, puesto que a través de ese respeto se les puede llegar a comprender. Casi siempre que una persona se siente comprendida no sólo no quiere finalizar su vida, sino que opta por ampliarla, enriquecerla y optimizarla. Por eso, es necesario escuchar siempre al enfermo. Para comprender a una persona hay que comunicarse con ella, ya que nada podremos compartir con esa persona si con ella no nos comunicamos. Sin comunicación no es posible la comprensión.

Nada de particular tiene que, en las instituciones que luchan por combatir el suicidio, una de las primeras cosas que se hace es entrenar a los terapeutas a saber escuchar —pienso ahora, por ejemplo, en el «teléfono de la esperanza» o en alguna de las otras instituciones dedicadas a este fin—, de manera que puedan comprender a los pacientes y abrirles a otras alternativas, que constituyen posibles soluciones al problema que tenían planteado y que les situaba en la encrucijada y en la cerrazón más absolutas.

Por contra, con la legalización permisiva de los procedimientos antes aludidos resulta muy difícil establecer la frontera entre dónde acaba la eutanasia y dónde comienza el suicidio o el homicidio. En la actualidad está muy confuso el concepto de lo que se entiende por «suicidio activo» y por «suicidio pasivo», por «colaboración al suicidio», a qué nos referimos cuando hablamos de «suicidio asistido» o cómo poder diferenciar la «eutanasia activa» de la «eutanasia pasiva».

De aceptarse la «filosofía» que la sociedad permisiva nos impone, acabaríamos deslizándonos por una pendiente excesivamente resbaladiza, en la que resulta casi imposible detenerse, se trate del «suicidio controlado» o del «suicidio racional», como otros, eufemísticamente, gustan llamarlos.

Si se abre la puerta del falso derecho al suicidio, inmediatamente llegaríamos a la catástrofe y a la ficción jurídica del «suicidio ampliado». Estas cosas no pasan de la noche a la mañana. Cuando se alzan voces solicitando y demandando la legalización estricta de este aparente y supuesto derecho, lo que suele acontecer es que se esgrimen muchos datos —algunos reales, otros no— desde los que, como punto de partida, tratar de legitimar dicha hipótesis.

La polémica se establece una vez que se entra en el supuesto de la legalización y de cuáles son las condiciones prudenciales y cautelares que hacen que ésta no sea abusiva. Dicho de otra forma: bajo el término de la estricta legitimidad —cuestión que precisamente es la que habría que dirimir— se propone un inventario de casos perfectamente diseñados para que ellos y sólo ellos sean autorizados, como si la cuestión estuviese ya cerrada —por limitarla a unos pocos casos— y su estudio fuese, sin más, riguroso y preciso.

Ésta es, sin embargo, la primera etapa de una serie de pasos que al final producirán la ampliación del inventario inicial de casos y, a su través, la caída en cascada y la inflación consecuente del valor que la legalidad concede a la vida humana.

En esta segunda fase de ampliación de lo «estrictamente legal» suelen intervenir los *mass-media*, que a fuerza de especular, informar e ideologizar el tema —a través de las polémicas y discusiones de cada día—, van generando un cambio de mentalidad que acaba por producir una quiebra en los valores, actitudes y convicciones de la población general respecto del nuevo «derecho» conquistado.

Se ha considerado como un relevante avance de la psiquiatría la moderna lucha contra el suicidio llevada a cabo a través de determinadas instituciones, desde los comienzos del siglo XX. Más concretamente, desde que en 1905 se creó el primer centro para la prevención del suicidio en New York (The Parish of All Strangers), el esfuerzo por luchar contra estas dificultades ha ido progresivamente en aumento. Como ejemplo de ese esfuerzo parece justo citar aquí a psiquiatras como Ringel, que fundó The Society for the Care of People Tired of Life, Viena (Austria), en 1947, y The International Association for Suicide Prevention, en 1961; o Sheidman, que fundó Los Angeles Suicide Prevention Center (1958) y The American Association of Suicidiology (1968; cfr. Polaino-Lorente, 1988, p. 127).

Si antes se veía con buenos ojos a las instituciones que luchaban contra el suicidio, ahora —por mor de la potencial legalización del estricto derecho al suicidio— esa misma sociedad es posible que considere como un fastidio inaceptable la lucha contra el suicidio y, en consecuencia, acabe por prohibirla. Sea como fuere, el hecho es que la sociedad actual aparece dividida y confusa en una cuestión tan importante como ésta.

En ese ámbito se ha producido un cambio radical de valores, actitudes, convicciones y conductas. Sólo queda ya lo que podríamos denominar como permisividad total, es decir, el que en una sociedad así, la mayoría esté de acuerdo en que todo debe ser permitido: la legalización del suicidio, simultáneamente que la lucha contra el suicidio, con tal de que cada uno pueda disponer de la vida a su antojo.

Aquí ha sucedido lo que, por boca de uno de sus personajes, profetizó Dostoievski: que «sólo hay dos motivos que impidan que nos suicidemos

todos: el dolor y el miedo al otro mundo. En el suicidio, como en muchos otros terrenos, se ha producido un progreso tecnológico decisivo que ha puesto una muerte barata y relativamente indolora al alcance de todos (la medicina moderna y el gas ciudad). Ya tenemos una suicidología; lo único que afortunadamente nos falta, por el momento, es una justificación filosófica completa del acto en sí. No cabe duda de que llegará».

Las dos razones dadas por Dostoievski para resistir al suicidio —de una parte el dolor y de otra el miedo al otro mundo— han sido bastante debilitadas y arruinadas por la cultura contemporánea. De una parte, el dolor, al que antes tanto se temía, hoy se ha atenuado mucho, dado el avance experimentado por la medicina, que, en la mayor parte de los casos, por no decir todos, puede asegurar una muerte indolora.

La segunda razón apuntada, el miedo al otro mundo, puede decirse que también está hoy un tanto a la deriva y como en inflación, entre otras cosas, porque el otro mundo constituye para algunos una creencia que se ha tornado dubitativa. Por eso, precisamente, el miedo ha perdido parcialmente su rigor.

La aparente extinción o debilitamiento de los motivos que antes conducían al suicidio —en opinión del personaje de Dostoievski— hace que crezca la perplejidad a la hora de explicar por qué en la actualidad aumenta el suicidio. En efecto, el suicidio no ha disminuido, sino que ha aumentado en las últimas décadas en forma consistente y con una sostenida tendencia alzista. Esto quiere decir que, de alguna manera, no hemos acabado ni con el dolor ni con el miedo al más allá —si es que hemos de hacer caso a las razones explicativas ofrecidas por Dostoievski. ¿No será tal vez que el dolor físico ha sido sustituido por ese dolor espiritual que es la tristeza? ¿No estará aconteciendo que el miedo al más allá se ha tornado más subterráneo, y también más gigantesco y acrecido, precisamente desde que no se habla de él, a causa del temor que origina? No, el miedo al dolor y al otro mundo no han desaparecido del todo.

En realidad, escribe Pinckaers (1988, p. 55), «a la cuestión del sufrimiento se debe añadir la de la muerte, que es como el envés de la cuestión del sentido de la vida. La cuestión de la muerte se plantea con una agudeza real en nuestra sociedad con los problemas del suicidio, de la pena de muerte, de la eutanasia, de la guerra, de la supervivencia. Se impone a pesar de los esfuerzos de algunos por hacer como si no estuvieran ahí. Sin embargo, se debería evitar reducir esta cuestión a los casos de conciencia difíciles, a tomas de posición teóricas o sentimentales. La muerte está delante de cada hombre, más o menos próxima; uno debe atreverse a mirar hacia ella. Incumbe a nuestra moral hablar francamente, pues la muerte tiene en su mano todos los hilos que forman el tejido de la vida».

No, por el momento no parece que estemos en circunstancia de poder aceptar que el suicidio sea un problema ya superado o en retirada. Antes bien, si observamos los lamentables y tozudos hechos suministrados por las estadísticas, habremos de concluir que en las actuales circunstancias habría que penalizarlo todavía más, aunque sólo sea por mor de las muertes que tras de sí deja en la sociedad y para protección de las numerosas personas que están en alto riesgo de sufrirlo.

El derecho a la propia muerte y la ética de elección

A pesar de esto se buscan diversos y endebles argumentos para defender lo indefendible: el derecho a la propia muerte. Ésta es la consecuencia última de una ética, «la ética de la elección» que, fundamentalmente, ha absolutizado con un énfasis desproporcionado la libertad humana. Ignorar esta ética, que dice garantizar la libertad de elección, no es suficiente. Es preciso formar bien a las personas para que sepan a qué atenerse en estas cuestiones fundamentales.

Si esta necesaria formación no se impartiera, se habría magnificado la sinrazón humana bajo su enmascaramiento en la libertad concebida como algo absoluto. Tal magnificación no hace al hombre más glorioso ni más feliz, sino, contrariamente, más desventurado, porque se le ofende en su debilidad y vulnerabilidad y porque quizá pueda sentirse indefenso y desvalido ante sus propias debilidades.

En cualquier caso, no se puede decir que la libertad de elección, aquí defendida, sea igual para todos. Dicho de otra forma: ha cambiado la forma en que se evalúa esa libertad de opción. Esto es lo que sucede respecto del aborto, la eutanasia y el suicidio, en los que casi todo está permitido. Contrasta con esa permisividad radical algunas rígidas y robustas restricciones menores, como el que no haya libertad para fumar en los aviones, etc. Acaso en estos casos la sociedad considera que esas opciones son «malas» y no tiene inconveniente alguno en hacer tal juicio de valor, aun a riesgo de equivocarse. Por contra, frente al aborto, la eutanasia y el suicidio sí que emergen grandes temores ante su posible prohibición, por si tal vez se incurriera en un erróneo juicio de valor.

Quienes así piensan no se dan cuenta de lo equivocado de esa forma de pensar.

En primer lugar, porque se está comparando la libertad de seguir viviendo con otras opciones que, por su propia naturaleza, son más triviales y superficiales.

Primero, porque no se aprecia que también esas libertades, respecto de la vida y de la muerte, están siendo presionadas desde la ignorancia y desde ciertas campañas publicitarias.

En tercer lugar, y esto es muy importante, porque no son conscientes, en muchos casos, de que al defender el derecho al suicidio se está defendiendo una opción que no tiene retorno, que no es reversible. De hecho, si esa decisión llegara a implantarse, nadie tendría después ocasión de desdecirse o de rectificar respecto del error cometido.

En cuarto lugar, porque defender el derecho al suicidio, como ahora se postula —como una opción aceptable— es transformar a la baja el valor objetivo que la vida tiene. Se incurre, de esta manera, en una infraestimación subjetiva de lo que la vida es, a pesar de que tal valoración se haga desde un confuso contexto sociocultural, en el que hay demasiadas voces disonantes y hasta en abierto desacuerdo. Este modo de proceder es conforme con la «moral apetitiva» que caracteriza a la cultura postmoderna, una moral que sólo atiende y se satisface con el puntual e instantáneo placer, hambrienta como está por las demandas del hedonismo, olvidándose de las consecuencias de tal modo de proceder.

En quinto y último lugar, porque no se percatan de que al cambiar así el valor objetivo de la vida por esa infraestimación subjetivada y caduca, se genera una multitud de cambios y transformaciones en otros relevantes comportamientos y valores que al cambiar indirectamente contribuyen al aumento del suicidio. No se olvide que al modificar estos valores se modifican también otras actitudes, convicciones y comportamientos que pueden hacer referencia al suicidio.

Final Exit

En EE.UU. apareció hace poco un libro, *La salida final* (*Final Exit*), que ha sido muy promovido por su editorial y que nada más publicarse se situaba ya a la cabeza de los libros más vendidos. Su autor, Derek Humphy, es el director ejecutivo de la Henlock Society, una institución social cuyos fines consisten, paradójicamente, en la promoción del suicidio y en la enseñanza de las técnicas pertinentes a las personas interesadas que así lo deseen.

Hay varias notas en esta noticia que ponen de manifiesto las contradicciones y paradojas de una sociedad como la nuestra. Hay que señalar, en primer lugar, la trivialización del hecho de la muerte en la sociedad actual. El «éxito» del *best-seller,* a que me acabo de referir se debe a muchos y variados factores (curiosidad de los lectores, ansiedad ante la muerte, publicidad, etc.), pero también y muy especialmente a que este libro se haya incluido en la categoría de «hágalo usted mismo». Este hecho es apenas un dato más de cómo el concepto de muerte humana se ha banalizado en la sociedad contemporánea.

Al suicidio —independientemente de la grave consideración ética y antinatural que tal comportamiento comporta— tratan de convertirlo ahora en una experiencia semejante a la del entretenimiento que resulta de hacer un poco de *bricolage* casero o de practicar algún *hobby*, aprovechando un rato de ocio.

La razones que ha dado el autor —a través de sus actuaciones y programas de televisión— son, aparentemente, de tipo ético. Humphy describe los terrores y horrores producidos por el «ensañamiento terapéutico». Frente a él promociona y sobrestima, en cambio, las ventajas del suicidio. El autor está ya muy entrenado en esta apología, recreándose en la insoportabilidad de la interminable etapa que constituye el final de la vida humana, plagada, por otra parte, de impotencias, humillaciones y dolores, según él, casi siempre insufribles.

En realidad, lo que hay que preguntarse más bien es si no se estará ensañando Humphy —al igual que la sociedad promotora de eutanasia que dirige— con lo que él califica como «ensañamiento terapéutico» a cambio de unas pingües ganancias.

Por el momento, los intentos realizados por la editorial por lograr la aquiescencia de los médicos, se han visto radicalmente frustrados. Los médicos entrevistados sobre este particular han calificado dicha publicación, de forma unánime, como repugnante.

Alguno como el doctor Bristow, de la directiva de la Asociación de Médicos Norteamericanos, ha manifestado su más enérgica repulsa por los «razonamientos» publicitarios del autor. Bristow afirma que la tercera edad es cada vez más agradable, gracias a los avances médicos que controlan, con enorme rapidez, el dolor —y de una forma irreprochable desde la perspectiva ética—, por lo que nadie debiera temer los sufrimientos insoportables que, por razones de publicidad, Humphy pronostica.

Ni siquiera entre los médicos relativamente partidarios de la eutanasia y del suicidio ha encontrado esta publicación el eco que buscaba. Así Arthur Caplan, partidario del suicidio, considera que el hecho de facilitar estas técnicas suicidas para el «consumo privado», sin ningún control ni asesoramiento de los expertos, muy posiblemente constituya una inducción a poner fin a la propia vida.

Ahora bien, quien induce a otra persona al suicidio, posiblemente incurra en una conducta que, sin duda alguna, habría que calificar de homicida o, más concretamente, de «homicidio enmascarado», «homicidio a distancia» u «homicidio sumergido». De probarse esto, las prácticas aconsejadas por Humphy serían coincidentes a las que se alude y están tipificadas en el Código de Derecho Penal. En cierto modo, esta última hipótesis tiene ya una confirmación parcial, tanto en lo que respecta a la biografía del autor como a la de quien prologa el libro.

Betty Rolling ha sido la autora del prólogo de este libro, un prólogo un tanto rutinario a la vez que patético. Es rutinario porque, como todos los prólogos, elogia la personalidad del autor y cuanto en el libro se dice; pero es patético, por cuanto que en él nos describe el suicidio de su propia madre, cuya crónica más pormenorizada fue publicada por ella misma, hace ahora cinco años, en otra publicación, *La última voluntad*, gracias a la cual Betty saltó a la fama. A lo que parece, también la prologuista anima a sus lectores a que, con toda confianza, sigan los consejos de Humphy, incurriendo así en el delito de inducir al suicidio. El mismo Humphy tiene también antecedentes de homicidio, puesto que colaboró activamente en el suicidio de Jean, su esposa.

Sin embargo, las técnicas de que se informa en este libro no son tales o, si se prefiere, son tan aburridamente triviales como el tipo de muerte del que se hace apología. El autor cita, entre las más eficaces y menos dolorosas, la sobredosis de somníferos, la asfixia mediante una bolsa de plástico y la muerte por inanición. Como puede observarse ninguna de ellas constituye una aportación que realmente sea innovadora.

Transcribo a continuación lo que se afirma, a este respecto, en una publicación científica relativamente reciente sobre el suicidio (Polaino-Lorente, 1988, p. 162): «El procedimiento de elección para el suicidio consumado es, sin duda alguna el envenenamiento (45 por ciento), seguido a gran distancia por la suspensión (20 por ciento) y el arrojarse al paso de los vehículos (15 por ciento); en el suicidio no consumado se mantiene, en cierto modo, las frecuencia de estos procedimientos (48,8 por ciento, 7,5 por ciento y 7, 5 por ciento, respectivamente)».

Según el muestreo realizado, los potenciales compradores de este libro son personas cuyas edades oscilan entre los 65 y los 80 años. En este contexto, la apelación que hace el autor al patriotismo no se sostiene y sólo parece que sirva para rentabilizar en su favor la ignorancia y ansiedad ante la muerte de los más ancianos, mientras autor y editor capitalizan los brillantes rendimientos económicos así lucrados.

No se ha hecho esperar la rápida respuesta de psiquiatras y gerontólogos, repudiando el contenido de este libro y advirtiendo al público de los efectos perniciosos que pueden derivarse de su lectura. En efecto, el suicidio no promocionado por ningún libro, ese que acontece según las apariencias de forma espontánea, suele estar condicionado casi siempre no por el lamentable estado de un cuerpo arruinado, sino más bien por cualquier trastorno mental, el más frecuente de los cuales es, sin duda alguna, la depresión.

Es un hecho que hoy se suicidan más jóvenes que ancianos, lo que en cierto modo es consistente con lo afirmado líneas atrás. De ordinario, otras muchas ideas suicidas suelen aparecer en la persona humana (cfr. a este respecto Polaino-Lorente, 1988, especialmente pp. 124 y 190), como consecuencia de ciertos conflictos, desesperanzas, crisis conyugales, fracaso escolar, jubilación, etc., y, sin embargo, afortunadamente, en muy pocas de ellas se consuma el suicidio.

No deja de ser curioso que en una sociedad como la nuestra convivan, simultáneamente, asociaciones contradictorias, cuyos fines recíprocamente se excluyen, por estar a favor o en contra de algo tan lamentable como el suicidio.

Contamos hoy con muchos procedimientos que, bien diseminados socialmente, pueden contribuir a debilitar la ideación suicida entre las personas de más edad. Baste citar aquí algunas iniciativas positivas y sugerentes, como aquella que suscitó cierto periódico al entrevistar una vez por semana en la contraportada de su rotativo a un enfermo crónico, para que explicara a los lectores cómo luchaba por superar su enfermedad y en qué manera el amor a la vida se convertía en una poderosa motivación para su lucha.

En este punto también los psiquiatras norteamericanos han sido concluyentes al afirmar que «lo que EE.UU. necesita son ejemplos de personas que sepan enfrentarse a la enfermedad y a la muerte con la misma dignidad que a la vida».

Hay numerosos ejemplos de esto que acabo de señalar. Este es el caso del actor Michael Landon, enfermo canceroso, que fue un ejemplo aleccionador para todos. También entre nosotros podemos recordar aquí a Alexia, la niña que demostró tener la grandeza de un gigante al asumir libremente la afrenta significada por la penosa y prolongada enfermedad que arruinó su vida. Aunque en otro orden de cosas, éste ha sido también el caso del psiquiatra español Vallejo Nágera, cuyas certeras palabras sobre este y otros temas, un poco antes de morir, hizo que el público exigiera a TVE. volver a exhibir repetidas veces dicho programa.

Acerca del suicidio y del sentido de la muerte

Por experiencia, conocemos muy bien el desvalimiento e indefensión en que nos quedamos cuando muere una persona que queremos. Nuestro dolor se hace más intenso —algo muy difícil de justificar— cuando esa pérdida súbita e inesperada se refiere a personas más jóvenes. Ante la muerte de un niño es más fácil que surja en nosotros la desesperación y no las razones que tal vez deberían justificar su desaparición y que podrían traernos la paz.

La comprensión de la muerte amengua el dolor humano; su incomprensión hunde en la desesperanza y la angustia. Respecto de la propia muerte, la angustia emerge en nosotros recabando para sí todo el protagonismo de la situación. Esta angustia ante la propia muerte ha de considerarse algo natural, aunque tal vez disminuiría su intensidad si, al menos, el hombre acertara a encontrar un sentido a la muerte.

Las posiciones en que el hombre se ha instalado respecto de esta cuestión son, obviamente, muy diversas. Tolstoi, por ejemplo, pone de manifiesto el hambre de infinitud del hombre y su frustración por no poder satisfacerla durante la vida. Por esa razón discurre de la siguiente forma: «Si todos los bienes terrestres por los cuales vivimos, si todos los goces que nos procura la vida, las riquezas, la gloria, los honores, el poder, nos son arrebatados por la muerte, esos bienes carecen de sentido. Si la vida no es infinita, es sencillamente absurda, no vale la pena ser vivida y hay que deshacerse de ella lo más pronto posible por medio del suicidio».

Son trágicas y patéticas las anteriores palabras de Tolstoi. Pero, a la vez, desvelan cuáles son las naturales ambiciones que se cobijan en la intimidad del hombre. Evidentemente, cualquiera que sean las gratificaciones y goces que a través de la vida alcancemos, si todos ellas terminan con la muerte y nada sigue a ésta, la vida no tiene sentido.

Por contra, si la muerte tuviera sentido, esa misma vida, con todas sus luces y sombras, también lo tendría. El sentido de la muerte resulta de una gran fecundidad vital para el hombre, por cuanto que desde él se ilumina el sentido de la vida. Tolstoi lo expresa muy bien al afirmar que «la existencia de la muerte nos obliga sea a renunciar voluntariamente a la vida, sea a transformar nuestra vida dándole un sentido que la muerte no pueda arrebatarle».

Para Camus, en cambio, este sentido de la muerte no llega jamás a alcanzarse del todo, y menos todavía el sentido de la vida. De aquí el desgarramiento nihilista en que concluye como posible salida del tema del suicidio: «Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se la viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía (...); no hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio (...); lo que se llama una razón para vivir, es, al mismo tiempo una excelente razón para morir». Y es que quien no tiene un sentido por qué vivir muy difícilmente ha de disponer de un sentido por el que morir.

La tendencia natural a conservar vida

Probablemente nadie se opondrá a la afirmación siguiente: que el amor a sí mismo es algo natural. Pero nadie se amaría a sí mismo si no

hubiera llegado a ser; de donde el ser se nos presenta, en cierto modo, como la raíz del amor espontáneo a uno mismo, simultáneamente que su meta. La tendencia natural a conservar la vida está vigente, desde el nacimiento, en todos los seres vivos y vinculada también a servomecanismos de tipo fisiológico que, independientemente de la voluntad de la persona, salvaguardan a través de esos automatismos la vida. El amor a sí mismo es algo natural que se dirige al sujeto que en nosotros subsiste, que es uno y único, y en el que consistimos.

Esta tendencia a natural de la persona a conservar la vida no está del todo determinada, pero sí condicionada. Este condicionamiento es de tipo psicobiológico y está representado, en primer lugar, por los reflejos —algunos de ellos enormemente complejos— que automáticamente se ponen en marcha cuando nuestra vida resulta amenazada; y, en segundo lugar, por el querer de la voluntad libre de la que aquellos dependen. Esta inclinación natural está pues condicionada por la libertad del hombre y esos automatismos.

De ordinario, el impulso a vivir, la tendencia a conservar esa aparente continuidad que es nuestra vida no se opone a nuestra libertad, sino que es origen de muchas de nuestras decisiones conscientes y libres. Y eso a pesar de que, en muchos casos, la persona no sea consciente ni siquiera de la existencia de tal tendencia natural.

Por eso, aunque sea metafóricamente, puede afirmarse de alguien que «está condenado a vivir». Y es que sin vida no hay libertad posible. Esto significa que las raíces de nuestra libertad en alguna manera se hunden en el ser vivo que somos.

Si de verdad estuviésemos condenados a vivir, eso significaría que nuestra naturaleza tendería espontáneamente a la muerte, circunstancia que, desde el primer viviente, ha sido parcialmente negada por todos los hombres. La tendencia espontánea y natural a conservar la propia vida no restringe nuestra libertad, sino que sale garante de ella. Tan espontánea y natural es esta inclinación, que muy rara vez el hombre tiene que hacerse el propósito —y formularlo y secundarlo expresamente— de querer seguir viviendo. Por contra, la vida se nos aparece como un bien natural, originario y casi primitivo, algo que no es connatural y al que estamos acostumbrados. De aquí que no reparemos en ella, como tampoco necesitamos de casi ninguna reflexión para, impulsivamente, defenderla cuando se percibe amenazada.

Se diría que naturalmente todo en nuestro ser obra en contra de las tendencias suicidas. En cierto modo, habría que concluir que el suicidio no es natural. La tentación al suicidio sólo acontece como consecuencia de la desesperación, una vez que la vida se ha hecho imposible de vivir o, al menos, así nos parece. Pero esta debilidad frente al dolor, al vacío, al sin sentido o a la nada, significados por la propia vida, constituyen situaciones límites que ponen de manifiesto una cierta patología en el ser psicobiológico del hombre o una profunda herida, un desgarramiento en su propia constitución antropológica. De lo contrario, no se entiende como alguien que no se posee a a sí mismo en el origen puede llegar a poseerse en tal grado que decida libremente cuándo y cómo él ejecuta su propio término.

Si la persona no se posee en su origen y si, espontánea y naturalmente, a sí misma se ama, es posible inferir con cierta facilidad los dos hechos siguientes:

a) Que la vida es un don, puesto que el hombre no se la ha dado a sí mismo.

b) Que ese don en que consiste la vida es bueno y que, por eso, naturalmente se ama.

Si la vida es algo bueno y además dado, no se entiende cómo el hombre pueda no querer conservarla o atente contra ella. Más aún: cuando el hombre se ama a sí mismo, lo que está haciendo es querer el bien para sí propio. Pero no parece que sea un querer para sí mismo acabar o hacer libremente que cese aquello en que consiste precisamente lo que amamos: la propia vida. Sólo se quiere uno naturalmente a sí mismo en la medida que, respetando el bien que es su propia vida, trate de conservarlo, acrecerlo y desarrollarlo, procurando enriquecerlo con todos los bienes y valores que avaloran la vida y la hacen todavía más valiosa, buena, digna y plena.

A lo largo del pensamiento humano ha habido autores que han sostenido hipótesis muy contradictorias acerca del suicidio. Así, mientras algunos buscaban razones que pretendían legitimarlo, otros aducían argumentos que, con toda racionalidad, se oponían a su realización.

Entre los que, con diversos matices y en función de ciertas condiciones y circunstancias, han tratado de justificar el suicidio se encuentran los filósofos epicúreos y estoicos, para los que el placer es el bien supremo de la vida humana. Por consiguiente, según éstos, sería lógico suicidarse en aquellas circunstancias en que la vida humana no

es causa de placer ni contento, sino de aflicción y desgracia. Para Séneca, «no hay por qué conservar siempre la vida, porque lo bueno no es vivir, sino bien vivir».

Partidarios del suicidio son también a su manera Montesquieu, Voltaire, Hume, Schopenhauer y Nietzsche. Montesquieu y Voltaire no es que defiendan el suicidio, sino que, simplemente, se oponen a que las «furiosas leyes» hagan «sufrir una segunda muerte» al suicida, al confiscarle todos sus bienes y negarle cualquier derecho.

Hume se inscribe también en esta tradición permisiva del suicidio al reducir el valor de la vida humana e identificarlo con el de cualquier otra especie animal: «la vida del hombre no tiene mayor importancia que la de una ostra».

El permisivismo legal fue sostenido también por Schopenhauer, según el cual, «a nada en el mundo tiene cada uno tan indisputable derecho como a su propia persona y vida».

Por último, también Nietzsche defendió indirectamente el suicidio al elogiar «la muerte libre, que viene a mí porque yo quiero».

Pero es más profundo y dilatado —y también mejor fundamentado— el pensamiento filosófico tradicional que defiende la opción contraria. El suicidio en Platón, Aristóteles y Tomás de Aquino es considerado como algo en sí mismo negativo, que comporta un daño contra la naturaleza, por despojarla con violencia del amor natural que cada uno experimenta por sí mismo, así como de la inclinación espontánea a conservarse en el ser; contra el alma, porque resulta así impedida a continuar progresando hacia el bien; contra la entera sociedad, porque se le priva del bien que es ese miembro y de los bienes producidos por él, y contra Dios, porque contra Él es contra quien se comete la injusticia de arrebatarle la vida que gratuitamente dio al hombre.

Siguiendo la doctrina de Platón, nada de particular tiene que, quien cobardemente se causa a sí mismo la injusticia de quitarse lo que no es suyo (la vida), sea castigado a ser enterrado en un lugar desierto, sin gloria y sin nombre.

San Agustín, por su parte, afirma que «el que se mata a sí mismo es un homicida», no observando apenas diferencias respecto de la culpabilidad existente entre matarse a sí mismo y matar al prójimo.

También Kant condena el suicidio, por cuanto que se opone a la persona, que es un fin en sí mismo, y a su dignidad, además de por ser el origen de todos sus actos morales.

La depreciación e infraestimación de la vida humana

Hemos visto que el supuesto derecho al suicidio supone también otro modo de valorar la vida. En la medida en que la vida se desprecia, en esa misma medida también aumenta el suicidio. En el fondo, el sentido de la vida importa tanto porque está perfectamente entramado con el sentido de la muerte. Si de la vida se puede disponer como se quiera, entonces probablemente no haya ninguna razón para no hacer legítima la libre disposición de tomar la propia vida y de acabar con ella.

En este punto puede afirmarse que recientemente hemos comenzado a caminar hacia una cierta involución: Hemos pasado de considerar la vida como un don y un regalo a ser desagradecidos y a no considerarla ya ni como don ni como regalo. Más aún, la vida ha empezado a considerarse como un evento depreciado, tanto en su valor como en su sentido y significado.

La vida se viene rechazando sistemáticamente desde hace tres décadas, como lo prueba la multitud de no nacidos, cuyo derecho a la vida ha sido conculcado no a su término, por medio del suicidio, sino al inicio, en el mismo origen fontal de su voluntad de vivir, al no permitirles vivir (contracepción) y al no dejarles crecer (aborto). Una vez que la vida ha sido rechazada —que no se les permite vivir—, no nos queda otra posibilidad, en este descenso degradante y ruin, que la de odiarla. Hoy la vida es odiada en uno mismo (suicidio) y en aquellos en los que su continuidad exigiría de nuestro cuidado (eutanasia de los enfermos terminales).

La interacción entre comportamiento y leyes es también muy expresiva. Si se legaliza la ayuda al suicidio, estamos cometiendo un abuso contra la propia vida. Legalizar este supuesto derecho supone abusar del derecho a vivir. El derecho al suicidio no es congruente ni consistente. Para que la persona tuviera derecho a suicidarse, tendría que haberse dado la vida a sí mismo. No se explica que una persona tenga derecho a matarse y que, en cambio, no se le reconozca el derecho a vivir, porque todavía no ha nacido.

De aquí la paradoja en que nos encontramos, pues no se entiende que a unas determinadas personas se les conceda el derecho a la muerte (suicidio) o el derecho a morir a su antojo (eutanasia), mientras que a otras personas no se les conceda el derecho a la vida (aborto). Ahora bien, si se lega-

lizase el derecho al suicidio, la propia vida quedaría lesionada por este abuso y con él cuestionada su razón de ser. En ese caso estaríamos legalizando la sinrazón de la razón humana, es decir, estaríamos legalizando lo que no es legalizable: la irracionalidad. Y, legalizar lo irracional supone firmar el acta de defunción de todo derecho.

Análisis de algunas razones para oponerse al suicidio

Algunos han tratado de oponerse al suicidio invocando el principio de que tal comportamiento atenta contra el instinto de autoconservación. Como se asume que tal instinto es natural, todo lo que se oponga a la plena realización de un instinto natural va contra el ser humano, y, por tanto, no debe realizarse. La objeción constituye un tópico demasiado antiguo y repetido. Pero obsérvese que en el argumento aludido se escamotea una importante cuestión: cuál es la naturaleza de este instinto.

El fin del instinto de autoconservación no es el propio yo, pues el motivo que nos hace querer la propia conservación —el propio yo— es, ciertamente, el motivo de ese instinto.

Siguiendo a Spaemann (1991), «el instinto de autoconservación, que convierte en fin del instinto lo que esencialmente sólo es motivo suyo, priva de realidad al propio yo. Le da una naturaleza determinada. Pero como el sujeto de ella es el propio yo —de cuya conservación se trata— el fin del instinto no puede subsistir ante la razón. El instinto de autoconservación no es el «el fundamento de la autoconservación de quien no esta encadenado al instinto» (p. 149).

Es cierto que si desaparece el instinto de conservación el propio yo desaparece. Desde esta perspectiva habría que concluir que los suicidas lo único que hacen es extinguir o aniquilar su instinto de conservación. Tal argumento aparecerá, con toda razón, como un eufemismo, puesto que todos sabemos que cuando alguien se suicida acaba con su propia vida.

De otro lado, si el suicida lo único que hace es aniquilar su instinto de conservación, habría que contestar a la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que fundamenta el instinto de conservación? ¿Es acaso su fundamento último la propia afirmación como tal instinto?

No, en el comportamiento suicida las cosas suceden más bien de otro modo. El suicida se autoaniquila —aniquila su instinto de conservación— precisamente cuando ya no dispone de nada que motive la vigencia de tal instinto; es decir, cuando el yo ya no es lo que motiva su instinto de conservación. Es la desmotivación instintiva respecto del yo la que, en última instancia, desencadena o pone en marcha la conducta suicida. Todo esto demuestra que es el yo el que motiva y fundamenta al instinto de conservación, y no al revés. Por eso, cuando el yo no dispone de motivos ni para sí mismo ni para perpetuar o prolongar su conducta instintiva de conservación, acontece el suicidio.

Tampoco es fundamento para la conservación de la propia vida el hecho de que sea percibida como valiosa por y para otras personas. Pues, de admitirse esto, estaríamos legitimando el homicidio de aquellas personas cuyas vidas nada valen para ninguna otra persona. Si el hecho de que una persona deje de existir no causa ningún daño a nadie, tal circunstancia se constituiría en fundamento de legalidad para atentar contra la vida humana. En esas circunstancias tendrían que estar justificados también algunos casos de homicidio.

Lo mismo podría decirse respecto de la persona que se suicida. En efecto, si el suicida nada pierde al arrebatarse su propia vida —ni siquiera sufre con ello, por emplear procedimientos no intrusivos ni dolorosos—, y si su extinción para nadie supone la pérdida de un valor, en ese caso, todo suicidio debería estar legitimado.

Pero este argumento podría extenderse también a la entera humanidad, pues, como escribe Spaemann, «si la humanidad tuviera valor exclusivamente para sí —si sólo tuviera un valor relativo a sí misma o a la autoconservación de cada individuo—, con su extinción desaparecería también el criterio con relación al cual su existencia tiene significado: el único capaz de presentar la aniquilación de la humanidad como crimen» (p. 149).

De otra parte, si la vida sólo tiene valor para el interesado, al eliminarse (para él) el valor de su vida —condición que acontece, por ejemplo, en las depresiones y en otros muchos trastornos mentales y orgánicos—, entonces nada se debería oponer a su suicidio, puesto que con él se elimina precisamente al único para quien dicha muerte pudo significar, acaso tiempo atrás, una supuesta pérdida. Si en un determinado momento el hecho de arrebatarle la vida no supone para él ninguna pérdida —y es el único que está en ella interesado, ya que la vida nada significa para los demás—, entonces no dispondríamos de ninguna razón ética para oponernos al suicidio.

El suicidio no se restringe únicamente a aquellas personas con padecimientos psiquiátricos, a pesar de que en éstas sea donde la incidencia de los intentos suicidas es más alta.

El suicidio acontece también en personas que discurren según los argumentos a los que anteriormente he aludido. Pero hay en estas argumentaciones un error inicial insoslayable, y es que el sentido de la vida humana puede descubrirse en ella, pero está siempre mucho mas allá de ella. Sencillamente, el sentido de la vida humana es transhumano; por eso su significado no puede restringirse exclusivamente a lo que determinadas coyunturas y situaciones puedan llegar a significar para el viviente.

Otros suponen que el suicidio no puede legitimarse si la vida del suicida potencial constituye un valor, por representar un apreciable significado para cualquier otra persona, ya que al suicidarse injustamente se privaría al otro de ese valor. Ciertamente que este argumento constituye una muy relativa y débil fundamentación antisuicida, por lo que exige que jamás se use de él en sentido contrario (como hemos visto ya líneas atrás).

En efecto, si la vida personal del suicida constituye un valor irrenunciable para otros, el suicidio no debiera legitimarse. Pero es que ese mismo hecho —el que su vida sea un valor para otros— puede devenir en un motivo, en un poderoso significado para que el supuesto y potencial suicida comience a tomarse seriamente a sí mismo, a la vez que declina su tendencia a la autolisis. En este caso, el descubrimiento del propio valor para otro —y la perfección de la respuesta amorosa del otro hacia el valor significado por la propia vida—, pueden constituir una experiencia luminosa en la que el propio suicida se haga a sí mismo real, en tanto que persona.

En cierto modo, asistiríamos aquí a una relativa inversión del viejo precepto del decálogo, que el suicida podría formularlo, en lugar de «ama el prójimo como a ti mismo», de esta otra forma: «amate a ti mismo, como te ama el prójimo». Claro está que tampoco es ésta la última razón para oponerse a la legitimidad del suicidio. Si todas las razones concurriesen únicamente en el valor y significado que tiene la propia vida para los demás —o la vida de los demás para uno—, entonces, en algunos casos, no sólo estaríamos en circunstancias de legitimar el suicidio, sino también el homicidio.

Bastaría con que el suicida no se amara sí mismo —ya que ésa es la medida del amor con que también debe tratar a los otros—, para que tras una inferencia lógica de este precepto, se perpetrara una conducta homicida. Por contra, si invertimos los términos de ese supuesto precepto —amarse a sí mismo como nos aman los demás—, bastaría entonces que los demás desearan nuestra propia muerte para que, de acuerdo con el precepto así formulado, se incurriera en el comportamiento suicida.

No, los presupuestos éticos del supuesto derecho al homicidio y al suicidio no se fundamentan en el valor significado por las relaciones interpersonales y, mucho menos, en la relativa imperiosidad atribuida al instinto de conservación. Y esto porque la persona se autotrasciende y transciende las relaciones interpersonales —a pesar de necesitar de ellas para constituirse en quien es—, del mismo modo que también transciende las tendencias instintivas que, normalmente, le están subordinadas.

Se afirma también que la vida es sagrada y que por este motivo ha de ser conservada. Y en efecto, así es. Todo hombre queda abierto —por el conocimiento y el querer— a un horizonte inconmesurable que le sobrepasa y que no puede ser derivado de él mismo. Esta apertura del ser finito a lo inconmesurable desvela una cierta dimensión religiosa que, aunque escondida, palpita en toda vida humana. Esta verdad se hace más evidente cuando consideramos que de la vida humana —tanto de la propia como de la ajena— ningún viviente puede disponer a su antojo. Y es que la vida de todo hombre, de cualquier hombre es un valor único, irrepetible, inabarcable, insustituible, incognoscible, histórico, un fin en sí mismo, una criatura hecha para la gloria.

Bibliografía

ACHILLE-DELMAS, F.: *Psycho-pathologie du suicide*, París, Alcan, 1932.

AHMED, S. H.: «El suicidio en Pakistán», en HEADLEY, LEE A. (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1983, pp. 258-271.

AL-HAKIM, K.: «El suicidio en Siria», en HEADLEY, LEE A.: (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley y Los Angeles, University of California Press, 1983.

BAECHER, J.: «Suicides», en BLACKWELL, B. (ed.), Oxford, 1979.

BARHOUM, M. I.: «El suicidio en Jordania», en HEADLEY, LEE A. (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1983, pp. 321-332.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J.: *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1979.

BUSSARATID, S.; RUANGTRALOOL, S.: «El suicidio en Thailandia», en HEADLEY, LEE A. (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1983, pp. 142-166.

CACABELOS, R.: «El suicidio en Japón», en *Jano*, 619, 1984, pp. 1-7.

COBO, C.: «Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidas en niños y adolescentes españoles», en *Revista de Psicología Médica*, 15, 1986, p. 5.

CHIA, H. B.: «El suicidio en Singapur», en HEADLEY, LEE A. (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press 1983, pp. 101-104.

DAVIDSON, F.; CHOQUET, M.: *Le suicide de l'adolescent: étude épidemiologique*, París, ESF, 1981.

«Apport de l'épidemiologie à la comprehension et la prevention du suicide de l'adolescent», en *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, 26, 12, 1981, pp. 683-691.

DESHAIES, G.: *Psychologie du Suicide*, París, PUF, 1947.

EISENBERG, L.: «Adolescent suicide: On taking arms against a sea of troubles», en *Pediatrics*, 1980, pp. 315-320.

EZZAT, D. H.: «El suicidio en Kuwait», en HEADLEY, LEE A. (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1983.

FINCH, S. M.; RESNIK, H. L. P.: «How suicidal behaviors are learned», en *American Journal of Psychotherapy*, 25, 1971, pp. 37-55.

HELLON, C. P.; SOLOMON, M. I.: «Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 to 1977: The changing profile», en *Archives of General Psychiatry*, 37, 1980, pp. 505-510.

HOLLINGER, G. C.: «Adolescent suicide: An epidemiological study of recent trend», en *American Journal of Psychiatry*, 135, 6, 1978, pp. 754-756.

MCINTYRE, M.; ANGLE, C.: *Suicide Attempts in Children and Youth*, Nueva York, Harper and Row, 1980.

MENGECH, H. N. K.; DHAPHLE, M.: «Attempted suicide (parasuicide) in Nairobi, Kenya», en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 1984, pp. 416-419.

MURPHY, G. E.; WETZEL, R. D.: «Suicide risk by birth cohort in the United States, 1949-1974», en *Archives of General Psychiatry*, 37, 1980, pp. 519-523.

NIETZSCHE, F.: *Así habló Zaratustra*.

PINCKAERS, S.: *Las fuentes de la moral cristiana*, Pamplona, Eunsa, 1988.

POLAINO-LORENTE, A.: «Antinaturaleza y Eutanasia», en *Persona y Derecho*, II, 1975, pp. 411-426.

Educación para la salud, Barcelona, Herder, 1987.

POLAINO-LORENTE, A., et al.: *Las depresiones infantiles*, Madrid, Morata, 1988.

POLO BARRENA, L.: «Tener y dar», en VV. AA.: *Estudios sobre la «Laborem Exercens»*, Madrid, BAC, 1987, pp. 203-205.

RAD, A. V.: «El suicidio en La India», en HEADLEY, LEE A. (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1983.

RIN, H.; CHEN, T.: «El suicidio en Taiwan», en HEADLEY, LEE A. (ed.): *Suicide in Asia and the Near East*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1983, pp. 59-86.

ROSENKRANTZ, A. L.: «A note on adolescent suicide: Incidence, dynamics and some suggestions for treatment», en *Adolescence*, 13, 50, 1978, pp. 209-214.

SAN AGUSTÍN: *La Ciudad de Dios*.

SÉNECA: *Epístolas a Lucilio*.

SCHOPENHAUER: «Acerca del suicidio», en *Parerga und Paralipomena*, II, cap. 13.

SPAEMANN, R.: *Felicidad y benevolencia*, Madrid, Rialp, 1991.

UNITED STATES DEPARMENT OF HEALTH: *Education and Welfare. Public Health service*, National Center for Health Statistics, 1975; Vital Statistics of the States. Mortality, vol. 2, Government Printing Office, Washington DC, 1973.

YAMPEY, N.: «Prevalencia actual del suicidio entre las personas de edad», en ABADI, M.; GAUMA, A.; GARMA, E.; GAZZAND, A. J. A.; ROLLB, E. M.; YAMPEY, N.: *La fascinación de la muerte. Panorama, dinamismo y prevención del suicidio*, Buenos Aires, Paidós, 1983, pp. 57-62.

30. MÁS ALLÁ DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO: LA CUESTIÓN ACERCA DEL SENTIDO

A. Polaino-Lorente

Introducción

Es patente que, en la mayoría de los casos, el motivo principal por el que el enfermo se decide a consultar al médico no es otro que el dolor.

No obstante este hecho, confirmado por la estadística, se da la paradoja de que a la hora de explicar en qué consiste el dolor, casi nadie sabe hacerlo. Ni siquiera aquellos que lo sufren, que aun con tener un conocimiento experiencial, vivido, no llega a ser éste tan racional que puedan plenamente explicarlo. De aquí el halo de misterio que siempre ha envuelto a la experiencia dolorosa. ¿Qué es esta experiencia con la que casi todo los hombres han de habérselas a lo largo de sus vidas?

La Psicología de todos los tiempos ha tratado de dar respuesta a éstas y otras preguntas, sin haber conseguido del todo el esclarecimiento de esta realidad penosa.

Las líneas que siguen sólo tienen la pretensión de alumbrar el claroscuro de esta realidad soterrada en la intimidad del hombre.

La perspectiva psicofisiológica del dolor

Para algunos psicofisiólogos el dolor es una consecuencia de ciertos estímulos atemorizantes innatos, es decir, de aquellos estímulos capaces de producir miedo sin un aprendizaje previo o especial, por su carácter peligroso o nocivo.

En la teoría watsoniana se distingue bien entre el dolor (como miedo innato) y los otros tipos de miedos adquiridos. Pero esta distinción no es tan simple como a primera vista pueda suponerse. Pues, si bien es verdad que no hay un recuerdo puro del dolor, en sentido estricto, no es menos cierto que toda experiencia dolorosa deja un recuerdo importante, no en cuanto que dolor propiamente dicho, sino en tanto que experiencia dolorosa.

Esa huella de la experiencia álgica no puede interpretarse como algo innato, sino adquirido. Y en tanto que adquirida, puede condicionar —condiciona de hecho— determinados tios de actitudes frente a futuras situaciones dolorosas.

Como dice Gray (1971), «resulta evidente que la teoría de Watson, que reducía todos los estímulos atemorizantes innatos al ruido intenso, pérdida súbita de apoyo y dolor, era demasiado simple».

La experiencia dolorosa es mucho más rica y compleja que la mera sensación de dolor. Esta afirmación, lejos de ser gratuita, ha recibido suficientes confirmaciones neurofisiológicas.

Las formaciones reticulares mesencefálicas situadas en los sistemas periventriculares, a donde van a parar las fibras del haz espinotalámico, están específicamente comprometidas en la suscitación del dolor, como demostró Olds con sus estimulaciones aversivas por medio de la implantación de electrodos en esas áreas cerebrales. Lo mismo cabe afirmar de los núcleos intralaminares y centromediano correspondientes a la proción talámica del sistema reticular activador ascendente.

Pero existen otras estructuras responsables del componente afectivo del dolor. Es el caso del sistema límbico, cuyo bloqueo por ciertas sustancias, como la morfina y la petidina, atenúa las resonancias afectivas que acompañan a los estímulos dolorosos (Soulariac y cols., 1967).

De otra parte, la lesión de los lóbulos frontales, aunque no incapacita al enfermo para sufrir la sensación dolorosa, sí que modifica el modo en que es vivida. Una vez que se ha producido esta lesión, el enfermo continúa percibiendo la sensación dolorosa, pero se muestra ahora indiferente con relación a esas sensaciones. En la intimidad de estos enfermos, apenas resuena con la intensidad acostumbrada la experiencia dolorosa. La atención que, ordinariamente, era fuertemente atraída por la sensación dolorosa, se hace ahora como impermeable a esa experiencia.

En otro orden, algo parecido acontece cuando se lesionan los lóbulos parietales (Willet, 1960). Sucede, entonces, que la inquietud y la tendencia a la evitación del dolor —respuestas casi reflejas a los estímulos dolorosos— no se producen. A pesar de este silencio respondente, el sujeto continúa experimentando el dolor, produciéndose en ocasiones respuestas paradójicas consistentes en que el enfermo busca el estímulo doloroso en lugar de evitarlo (Jiménez Vargas y Polaino-Lorente, 1992).

Por todo ello parece que los componentes subjetivos de la experiencia dolorosa van imbricados y entreverados con aquellos otros, tal vez más objetivos, de la percepción álgica.

La corteza cerebral tendría la función de gobernar no sólo la percepción dolorosa, sino ademas las actitudes, las disposiciones y ciertos comportamientos —en una palabra, el talante de una persona—, que enmarcan el escenario de la conducta respondente a la situación dolorosa.

La corteza sería, en definitiva, la responsable de los aspectos intencionales, cognitivos y motivacionales concurrentes en el dolor humano que, desgraciadamente, todavía no son suficientemente conocidos. El sistema límbico se responsabilizaría del dolor-sentimiento, ampliando o restringiendo el eco afectivo que toda sensación dolorosa desencadena.

A la formación talámica del sistema reticular activador ascendente y a las formaciones reticulares mesencefálicas corresponden el control del grado de intensidad y de la cualidad de la percepción dolor-sensación, elicitada por la estimulación dolorosa. La personalidad queda también comprometida en toda experiencia dolorosa, modelando el modo de respuesta, desde la síntesis unitaria que realiza a través de la totalidad de las estructuras nerviosas referidas (cfr. Jessell y Kelly, 1991).

El dolor, entre lo innato y lo aprendido

Desde la teoría de la motivación, el dolor puede definirse como una tendencia de evitación que surge de esa necesidad imperiosa del organismo a escapar del malestar e intolerancia producidos por una lesión determinada. Sería, pues, una tendencia aversiva fisiológica, consistente en reducir el sufrimiento del organismo, eludiendo la situación dolorosa.

Como tal tendencia fisiológica es innata, aunque el modo en que se lleva a cabo puede depender de un cierto aprendizaje. Es decir, hay aspectos tendenciales objetivos en las respuestas dolorosas que son innatos, y aspectos tendenciales subjetivos cuya plasticidad está en función de las influencias aprendidas. Pero más que una tendencia, propiamente dicha, el dolor es la causa de esa tendencia, su razón, más que su consecuencia.

El dolor es lo que impulsa al organismo a la acción de huir, sosteniendo la dirección de esa acción, hasta que desaparece el estímulo. En este modo de conducirse hay aspectos reflejos —en los que casi no conviene hablar de una conducta motivada— y aspectos subjetivamente elaborados, dependientes más bien del modo en que se ha aprendido el control motivacional.

Unas y otras formas de reaccionar tienen su correspondencia en estructuras neurofisiológicas, de las que dependen, aunque en la facticidad de la experiencia ambas concurran completamente ensambladas.

Por el polo motivacional y subjetivo, la experiencia dolorosa se abre a una multiplicidad de formas de vivir esa experiencia. Esas motivaciones pueden sufrir metamorfosis diversas, de modo que, en cierto modo, contribuyen, poderosamente, a la transformación de la vivencia dolorosa.

Sobre la motivación primaria de la conducta álgica puede suponerse una motivación secundaria —intencional, finalista, teleológica y con sentido— que reelabora la vivencia dolorosa y hace que ésta tenga otros contenidos capaces de trascender lo meramente sensitivo, situacional y afectivo.

El dolor y el quehacer psiquiátrico

El dolor empapa buena parte del quehacer clínico psiquiátrico. De la simulación a la neuralgia del trigémino (en que el dolor es a veces insufrible), de la neurosis hipocondríaca al síndrome hiperestésico-emocional postconmocional de los traumatizados craneales, de las migrañas y cefaleas a los sentimientos disfóricos y distimias depresivas, todo este vasto y polimorfo escenario clínico está transido de la experiencia dolorosa.

El latido del dolor —como el de la angustia— martillea hoy en muchos enfermos mentales. En algunos, esta sensación palpita soterrada bajo la carne. En otros, se metamorfosea en formas de sentimientos apenas encarnados. En muchos, sin

embargo, unas y otras formas de presentarse el dolor aparecen ensambladas, y es casi imposible su distinción.

Su interés en la actualidad es de gran importancia, por cuanto han disminuido los niveles de tolerancia álgica en el hombre contemporáneo. Como escribe Alonso-Fernández (1969), «el epicureísmo es la filosofía del hombre tecnificado. Por eso se han impuesto en él la excesiva preocupación por el cuerpo y el miedo al dolor y al sufrimiento. La morada corpórea del ser aparece como algo más importante que el ser.

El miedo al dolor y al sufrimiento que campea en la sociedad contemporánea, a mi forma de ver, procede de dos raíces: por una parte, del epicureísmo, por otra, de los propios beneficios aportados por la técnica. El hombre de hoy, gracias sobre todo a los progresos de la anestesia y de la analgesia, está mucho menos familiarizado con el dolor que sus antecesores. Por eso lo teme mucho más. La algofobia constituye una verdadera plaga social».

Y este carácter de insoportabilidad dolorosa —una característica no necesariamente dependiente del tipo de dolor, sino también del modo en que el hombre vive su dolor— prepara el camino para que el hombre se arroje en las toxicomanías más diversas, hoy desgraciadamente tan frecuentes. Pero además, el dolor constituye el subsuelo donde se cimentan muchas alteraciones psiquiátricas. El dolor, como sentimiento sensorial que es, modifica, remueve y altera el fondo vivencial del enfermo, atemperando la orquestación de reacciones vivenciales de fondo («Hintergrundreaktionem», de Schneider, 1962), que surgen ante situaciones anodinas y sin importancia, pero con una carga patológicamente relevante. Muchas de las reacciones anómalas a la vivencia de la enfermedad tiene su origen en esta alteración del fondo vivencial, por fuerza de una resonancia dolorosa, sensorial y afectiva.

Y, sin embargo, no siempre se transforma el dolor en el eco pregonero cuya voz es ampliada en la caja de resonancia de la afectividad. En otras ocasiones, el dolor no sólo no amplifica el componente afectivo que lo acompaña, sino que le impone una sordina silenciosa, haciendo que pase inadvertido.

Es el caso, por ejemplo, de algunos tumores cerebrales en sus fases iniciales. El silencio pático traiciona la gravedad del cuadro clínico, al que enmascara. El enfermo habla de sus sufrimientos como si fuera otra persona distinta de él quien los sufriera. Informa objetivamente, más aún, imperturbablemente, casi con indiferencia. Como si hubiese una lejanía insalvable entre sus sufrimientos y sus sentimientos. Tan escasa es la participación emocional que el médico puede confundirse e interpretar aquel cuadro como un mero agotamiento nervioso o como un estado neurasténico-hipocondríaco; incluso como un intento de simulación del dolor.

Contrariamente, la sintomatología dolorosa que otras veces acompaña a los tumores cerebrales es, a este respecto, extraordinariamente resonante. Es el caso de los tumores que afectan, por ejemplo, el núcleo ventropostero-lateral (uno de los núcleos más importantes en el relevo de las vías sensitivas), en los que los fenómenos dolorosos se prolongan y agigantan, expresándose, extraordinariamente, en la vertiente afectiva de la personalidad (síndrome de Dejerine-Roussy, 1906)

Los contornos huidizos del dolor

Los contornos huidizos de dolor humano, de la experiencia dolorosa en el hombre que sufre, ha hecho que se vertiera mucha tinta sobre el papel, en el intento de encontrar una definición apropiada que le hiciera justicia.

La Psicología ha tratado de aportar explicaciones acerca de la naturaleza del dolor que, infortunadamente, por su parcialidad, ni perduraron ni parecen haber contribuido a hacerlo más comprensible para el hombre. Los esfuerzos realizados iban encallando conforme se aproximaban a las arenas movedizas de este misterio.

Spinoza lo concibió como una de las tres emociones fundamentales contrapuestas al placer, estableciendo entre él y la melancolía una cierta relación.

Fisiólogos como Sherrington reducen esta experiencia a una interpretación naturalista, considerando el dolor como un mero reflejo imperativo de protección-evasión que preavisaría a la persona de otros sufrimientos mucho peores. En esta misma opinión se inscriben autores como Szasz, quien entiende el dolor como apenas una señal por la que el cuerpo comunica al yo que algo no va, alarmándole y avisándole de que tal vez pueda sufrir una pérdida. Pero esta hipótesis fue ya desmentida por Dejerine y Roussy (1906), al describir lo que acontece en el denominado síndrome talámico. De otra parte, recientemente se ha demostrado que los mecanismos periféricos que sostienen la experiencia dolorosa actúan de otro modo a como se pensaba (Campbell y cols., 1989). A esta misma conclusión se llega desde las investigaciones neuroquímicas (Ruda y cols., 1986).

A las anteriores hipótesis se opuso frontalmente el cirujano francés Leriche (1940): «Para los médicos que viven en contacto con los enfermos —escribía en 1940—, el dolor es sólo una contingencia, un síntoma perjudicial, angustioso y nocivo, difícil de suprimir, y es que en general no tiene valor para el diagnóstico (...). El dolor sólo hace más penosa y desdichada una situación que es ya irrevocable (...). Debemos descartar la idea de que el dolor es beneficioso. Es siempre un regalo siniestro. Envilece al hombre y lo enferma, más de lo que realmente está. El médico tiene el deber ineludible de prevenirlo, si puede».

Otros autores, como Macbride, lo reducen a una nueva sensación desagradable producida por la acción de estímulos de carácter perjudicial. Pero tampoco el dolor se agota en este reduccionismo, pues, como dice López-Ibor (1969), «existen dolores que se producen en el organismo sin estímulo periférico que los desencadene». Éste es el caso, por ejemplo, de lo que sucede en la causalgia (Roberts, 1986).

Cada una de estas hipótesis tiene un pequeño núcleo de verdad, de una verdad incompleta que no acaba de hacer diana en el complejo blanco de las explicaciones suficientes. En cualquier caso, la experiencia álgica se manifiesta como un fenómeno complejo, en el que se dan cita muy diversos acontecimientos.

El dolor es, además de una reacción estimular, un modo de expresión en el que queda patente el modo de ser de la persona que sufre. Lo objetivo de la sensación dolorosa —lo encarnado en ella— queda revestido en el hombre con el ropaje afectivo y personalizado que le caracteriza. Pero observemos más de cerca algunas de las hipótesis que sobre el dolor se han emitido.

El dolor-sentimiento y el dolor-sensación

Lo dicho más arriba me obliga a hacer una distinción necesaria: la del dolor como sentimiento y la del dolor como sensación. Ya Lipps (1926) supo distinguir entre *Gefühl* (dolor-sensación) y *Empfindung* (dolor-sentimiento).

Como dolor-sensación conviene tener en cuenta la intensidad del estímulo que suscita esta experiencia, el umbral de sensibilidad del receptor, las diferencia interindividuales de sensibilidad, las alteraciones somáticas que se ponen en marcha (sudor, temblor, náuseas, modificaciones del tono vasomotor, de la pupila, de la presión arterial, etc.), pudiendo interpretarse todo ese cortejo como un reflejo de retirada o de evasión.

Pero considerado en tanto que dolor-sentimiento, debemos atender a otros aspectos no menos importantes, como el estado pático del sujeto, su nivel de conciencia, la carga emocional con que se recibe, las motivaciones implicadas en cada caso, las experiencias sufridas anteriormente, la personalidad del sujeto, e incluso la connotación significativa que las circunstancias socioculturales de ese momento proyectan sobre estos sentimientos.

En cuanto que es una sensación, el dolor tiene un movimiento *centrífugo*, que arroja la vida humana exponiéndola al mundo que le rodea; en cuanto que sentimiento, nos liga a la vivencia del cuerpo propio —movimiento *centrípeto*— y hace que nos curvemos y repleguemos en nuestros propios límites epidérmicos.

Pero, además de considerar el dolor como una sensación, resulta imprescindible observarlo desde la vertiente pática.

Son muy numerosos los factores que intervienen —sociales, culturales, familiares y antropológicos— modulando la respuesta de la persona ante una misma fuente externa y nociva, cuyo resultado final será la experiencia dolorosa (Weisenberg, 1977; Zborpwski, 1969; Craig, 1978).

Fue Beecher (1959) quien distinguió entre el componente fisiológico (o sensorial) —hoy denominado como *input*— y el componente psicológico, *output* o responsivo-reactivo de esa experiencia. Este último es, sin duda alguna, el más influenciable por las variables del contexto. De él depende la cualidad e intensidad de esa experiencia (Schachter y Singer, 1962). Sobre esta hipótesis disponemos de una larga experiencia clínica que la confirma. Éste es el caso, por ejemplo, de los heridos en el campo de batalla que, estando muy graves y siendo sus heridas objetivamente muy dolorosas, no obstante, apenas perciben el dolor.

El dolor-sentimiento es una emoción que surge de la vitalidad, cuya temática está afectada. El contenido de la vivencia dolorosa es el sufrimiento, un estorbo para el yo, en el que se hace patente el aislamiento de nuestra existencia personal. «La esencia del dolor —escribe Buytendijk, 1948— reside en que desorganiza la intimidad del hombre en toda su estructura

vital y psíquica...; (la manifestación de que) la vida oculta en sí misma la posibilidad de convertirse en su propio enemigo (...). El dolor es el más real, inevitable e innegable, que desde dentro sale al encuentro de la vida, la inhibe y la amenaza.»

Junto a este esfuerzo del estímulo doloroso que aguijonea nuestra existencia cuestionándonos desgarradamente acerca de ella, de su sentido y finalidad, conviene no olvidar que hay otros componentes objetivos que van subsumidos en aquél y que son, como el esqueleto, el andamiaje orgánico en que tal vivencia hunde sus raíces y con ellos se entrelaza.

El dolor es lo que muda la vida de experiencia agradable en circunstancia penosa. La eclosión del dolor surge repentinamente o no, pero casi siempre para poner en duda el sentido de la vida y encaminarnos hacia cuestiones existenciales más penetrantes y posiblemente auténticas. De este modo, el dolor actúa como un provocador que sale al encuentro de la vida hecha —un tanto rutinaria y acaso inauténtica—, y la zarandea haciendo que la persona haga cuestión de sí.

Decía el maestro Eckhart (cfr. Schulze-Maizier, 1938) que «la cabalgadura que con más rapidez conduce a la perfección es el sufrimiento». No hay que ver en esta máxima el tono pesimista y casi maniqueo de quien considera la vida menos como un don, que como un castigo, una culpa o una condena. El místico quiere denunciar con esta proposición el carácter que tiene el dolor de perfectibilidad de la vida humana, casi siempre reificada en una sucesión de momentos monótonos y sin relieve.

Nos agrade o no, el dolor constituye un poderoso estímulo que logra sacarnos de la indiferencia y familiaridad en que estábamos instalados. En este sentido, el dolor es lo que nos libera de la esclavitud de pensar que la vida es el supremo bien, pudiendo abrirnos a los dilatados horizontes del espíritu. La experiencia dolorosa es la puerta por donde penetrar en una crisis veritativa, que cada uno ha de resolver personalmente.

Dolor y placer: análisis fenomenológico de una contraposición

La distinción entre el dolor-sensación y el dolor-sentimiento, a pesar de su riqueza, no consigue contestar a la pregunta inquisitiva acerca del sentido del dolor del hombre. La cuestión antropológica: ¿qué sentido tiene el dolor para la vida humana?, se repite como un eco insistente y reiterativo, en el contexto de la experiencia álgica.

La pregunta cuestiona desde el horizonte del anhelado deseo de encontrar un sentido gracias al que la existencia dolorosa quede elevada por encima de sí misma y adopte una actitud trascendente, ante la que palidezcan el sin sentido, y la absurdidad y el vacío que el dolor conlleva.

El acceso a esta búsqueda de sentido del sufrimiento humano exige zambullirse y bucear fenomenológicamente en las aguas profundas de estas experiencias. Una tarea que tal vez se facilita si consideramos dicha experiencia en relación con su opuesta, el placer.

He aquí ensamblados estos dos aspectos de la experiencia álgica. Dolor y placer constituyen dos estados del yo, dos formas de ser en el mundo. Ambos hacen referencia a circunstancias situativas y contextuales, aunque en formas muy diferentes.

En el placer, como en el dolor, el hombre establece una cierta dependencia de los estímulos que le rodean, pero esta articulación varía mucho de una a otra experiencia.

El placer es la resonancia reactiva a una situación estimular. La dependencia contraída con el estímulo placentero es mayor que en el dolor. La experiencia, sin embargo, también esta enraizada en la corporalidad, pero de forma más volátil y huidiza. La experiencia placentera se vive en el cuerpo, pero en tanto que éste continúa unido al estímulo que pone en marcha aquella experiencia. En este sentido cabe afirmar que el estímulo placentero mediatiza más la experiencia placentera que el estímulo doloroso, la dolorosa.

El placer puede originarse en otros estratos de la personalidad. La contemplación de un paisaje, la emoción experimentada ante una obra de arte, el arrebatamiento y la excitación del espíritu ante los perfectos sones acompasados de un concierto, son buenos ejemplos de ello. Pero en todas estas experiencias, por diversas que sean, hay siempre una participación corporal, un modo de colaboración que objetiva estas situaciones.

En la experiencia dolorosa acontece otra cosa. La participación de la corporalidad es ahora más inquietante y diversa. El hombre está más incluido y penetrado por esa misma actividad respondente, que es el dolor. El automatismo de los estratos biológicos inferiores es más radical y descontrolado. El abandono en la experiencia dolorosa es casi automático. Ante el dolor —que en última instancia no puede dejar de ser nada más que mi o su dolor—, el hombre que cada uno es resulta siempre alcanzado y zarandeado. No es posible impermeabilizarse ante esta experiencia. En el caso del placer, en cambio, el hombre sí que puede distanciarse o, al menos, poner un cierto límite a sus resonancias participativas.

El dolor sobrecoge de un modo más penetrante que el placer. En la experiencia placentera hay con frecuencia una especie de sobreaviso, una cierta anticipación que, en no pocas ocasiones, hace que se busque conscientemente (lo que se denomina en Psicología con el término de «motivación de logro»).

Por el contrario, en el dolor, esas premoniciones no son tan frecuentes y cuando preludian la experiencia dolorosa propiamente dicha, se viven como amenazantes y desconocidas, como algo sombrío que no desearíamos que llegase nunca. El dolor, en condiciones normales, jamás se desea. El placer, casi siempre, aunque en ocasiones sea de forma tortuosa, soterrada e inconfesable. Y más que nunca hoy, toda vez que el hombre parece haberse instalado en la cresta de esa gran ola que es el hedonismo.

En el dolor algo sobreviene, desafortunadamente, de forma súbita y a veces desesperada, para la que no se estaba preparado. El niño que se pincha, mientras juega distraídamente con un objeto punzante, tras unos segundos de sobrecogimiento, prorrumpe en un llanto asfixiante.

El dolor es más concreto y objetivo; el placer más abstracto y subjetivado. El placer está menos encarnado y más diversificado, en función del grado y de la diversidad de las áreas que de nuestra geografía corporal en él participan. El dolor es más homogéneo —a pesar de las distintas modalidades que puede adoptar en el variado espectro formal con que es percibido— y hunde sus raíces más radicalmente en la corporalidad.

El placer no sólo no disuelve las relaciones del hombre con su cuerpo, sino que las amplía —desde la eclosión del hormigueo de la dicha, enseguida transformada en sonrisa o carcajada—, y remonta, percibiéndolo como una manifestación del enseñoramiento sobre su realidad corporal, donde se trasluce ahora una cierta armonía. El dolor, por el contrario, desorganiza esas relaciones del hombre con su cuerpo. Más aún, las entorpece y obstaculiza, hasta hacerlas disarmónicas.

En el placer, el hombre se desentiende de su cuerpo; por el dolor, el hombre toma conciencia de su cuerpo. En el placer hay una cierta liberación y fuga de la corporalidad, que se percibe como ingrávida y ligera. En el dolor, la corporalidad se percibe como impuesta, como un pesado fastidio atenazante frente al que uno ya no es dueño de sí y que casi nos obliga a capitular. Con el placer, el cuerpo se abre a nuevas e ignoradas cordilleras de los sentidos. En la experiencia dolorosa, el cuerpo se repliega sobre sí mismo y deviene en un intruso, en algo hermético que nos particulariza y encierra en el recortado ámbito de sólo lo que es y significa esa concreta situación.

El placer nos abre a un mundo menos personalizado y más diversificado. El dolor, en su clausura, nos interpela acerca de nosotros mismos y de nuestra vida —también acerca de la vida en general—, y al perdurar esa interpelación —que reclama una respuesta— nos abre a una realidad más desconocida y habitualmente silenciada: la de nuestro cuerpo como límite de nuestro yo, como lugar ignorado que, sin embargo, nos acompaña a todas partes.

Al dolor nos entregamos irremediablemente; el placer se nos entrega de modo mediato y circunstancial. El dolor nos sobreviene; al placer, arribamos, consciente o inconscientemente. La mediatez incircunscribible del placer contrasta con la inmediatez circunscrita del dolor. Hay placeres anónimo, niveladores, despersonalizados; el dolor es siempre singular, intransferible, irrepetible y personalizado.

El dolor se tiene en sí mismo y de sí mismo. La compasión —como elemento subjetivo que acompaña en ocasiones al dolor—, puede dirigirse hacia sí mismo o hacia otro, pero no se siente como un zarpazo en sí mismo. El placer se obtiene en parte de otro —más por otro que por sí mismo— y se tiene en parte de sí mismo, pero jamás de sí mismo (la complacencia narcisista en sí mismo es siempre en sí misma y no de sí mismo). Los aspectos subjetivos del dolor son, sin embargo, ambivalentes y nada específicos. Así, el llanto puede ser una manifestación subjetiva de dolor, pero también de emoción, de dicha, de alegría o de placer. Lo mismo acontece con la risa.

Lo subjetivo puede enmascarar y tergiversar lo objetivo y llegar incluso, *traduttore traditore*, a traducir traicionando la objetividad. Sea como fuere, los elementos subjetivos comprometidos en estas experiencias, tienen mayores posibilidades de cambiar en la experiencia placentera que en la dolorosa.

Pero acontece que esos elementos subjetivos están contrabalanceados por aquellos otros, más objetivos, que concurren simultáneamente en esas experiencias. Y en las experiencias placenteras —ya antes lo hemos indicado— hay como una participación lejana de esos elementos objetivos,

por cuanto al hombre se le hace la vida más llevadera, tanto que casi le es connatural un cierto olvido de ésta, de sí mismo y de su corporalidad.

De ordinario, se admite que siendo nuestro cuerpo el compañero inseparable que a todas partes nos acompaña (una realidad enormemente próxima a nosotros), debería sernos mucho más familiar y conocido. Pero la realidad es muy distinta, puesto que somos viajeros que caminamos con nuestros compañeros los cuerpos, sin apenas intercambiar con ellos algunas que otras palabras.

Precisamente es el dolor, en muchas ocasiones, el que rompe este silencio y toma la iniciativa en el diálogo que se interrumpió, allá lejos, hace quizá mucho tiempo, al filo de otra experiencia dolorosa.

En Medicina se ha definido la salud como el silencio de los órganos, como un vacío de sonidos corporales que hace que la corporalidad se sienta más ligera y volátil, una realidad muy próxima pero casi ingrávida. En oposición a la salud, la enfermedad proclama la presencia del cuerpo, como una de las formas privilegiadas en que éste se nos hace presente, reclamando la atención, que casi siempre le hurtamos. El dolor viene a recordar al hombre lo limitado de su ser, proyectándole hacia sí mismo, haciendo que se tome a sí propio como la más importante de las tareas, mientras se hinca la atención en la carne dolorida.

El dolor nos lleva por las angosturas de un sendero zigzagueante y poco carretero desde el que se divisan también nuevos horizontes, desconocidos hasta entonces: los recortados límites de las cordilleras y murallones de la corporalidad.

El placer, por el contrario, sitúa al hombre en la llanura de la vida fácil, donde el sentimiento de frescura vital pone acentos de desenvoltura y despreocupación corporal. En el placer hay un cierto olvido de la dimensión encarnada del existir humano. En el dolor, en cambio, un subrayar esa dimensión, hasta quedar del todo enfatizada.

Con el dolor la vida se reviste de angulosidades y relieves. Por eso, el miedo al dolor —antes de que éste haga su aparición— se alimenta de la fantasía, de una fantasía ahora encarnada, que teme que suceda lo peor.

Hay en el miedo al dolor una especie de presentimiento que preanuncia otros modos de vivirse la corporalidad. Acontece aquí algo parecido a lo que sucede con el pensamiento mágico. El hombre primitivo considera que sus temores irracionales hacia algún objeto no sólo alejan ese objeto, sino que lo atraen y aproximan.

El temor vago se agiganta y metamorfosea en fobia para devenir, otras veces, en obsesión cristalizada y persistente. El miedo al dolor físico puede también deslizarse en la corporalidad y encarnarse allí como un sentimiento parásito y obsesionante. Ciertas preocupaciones hipocondríacas pueden ser comprendidas por esta vía. Cualquier pequeño sentimiento corporal resuena como un eco amenazante en la amplia orografía de la vitalidad. La existencia se torna plomiza, pesada, preocupante. La conciencia se agiliza y afila, mientras la atención anda a la escucha de cualquier sonido corporal. Todo es fuente de preocupación, de problematización, a la vez que se abandonan las ocupaciones de siempre. Rendir o no en el trabajo profesional ya apenas interesa. Los proyectos se posponen y pierden sus ímpetus primeros. El claroscuro y la pesadumbre acaban por adueñarse y enseñorear el horizonte en el que debe desplegarse la existencia personal, cercándola con sus cadenas de zozobra y desánimo.

La vida toda queda así apresada en el cepo de los acordes desacompasados de esta sinfonía vital hipocondríaca. El dolor imaginario del enfermo imaginario ha conseguido transformarse en un dolor objetivado y ambiguamente encarnado. Todo se percibe como si fuera doloroso. Y este «como si» mantiene a raya a la vitalidad desde lo provisionalmente amenazante.

El miedo al dolor asfixia la vida, la empobrece y la degrada a un mero «como si» la vida fuera insufrible, que andando el tiempo, puede hacerse realmente insufrible, penosa e insoportable.

El placer disuelve la autoconciencia, la anestesia y entontece con su melodía de sensaciones caleidoscópicas. El dolor, por el contrario, la despierta y agiliza, haciéndola penetrante y sutil, siempre que aquél no tenga una intensidad desorbitada. El dolor es el banco de pruebas de la existencia humana, el fuego de la fragua donde, como los buenos aceros, ennoblecerse y templarse el hombre. Y, sin embargo, para los hombres frágiles y pusilánimes, el dolor puede ser ocasión de su desmoronamiento definitivo.

El dolor autentifica y singulariza: el placer nos hunde en el anonimato del igualitarismo hedonista y colectivista. Y..., sin embargo, el médico debe ahorrar al enfermo, siempre que pueda, el sufrimiento que esta experiencia comporta. Pero en aquellas ocasiones en que los tratamientos resultan impotentes, el médico está también obligado a poner en las alforjas del peregrino doliente un poco de ese bálsamo que, aliviándolo, le ayuda a encontrar un sentido para su dolor.

El dolor y la aceptación de sí mismo

El dolor es una cuestión que interpela a cada persona de un modo singularísimo, cuestionándole acerca de lo que hace con su vida, hacia qué meta se dirige, a qué destina su vivir, en una palabra, si su trayectoria personal va hacia el fin que se había propuesto y estaba persiguiendo.

El sufrimiento, lamentablemente, está muy extendido en el mundo. El sufrimiento resulta algo inevitable en cada vida humana; antes o después, en la vida de cada persona se concita la experiencia del dolor. Ningún hombre puede zafarse de la experiencia del sufrimiento. Por muy egoísta que se sea y por bien programada que se tenga la vida, nadie puede escapar del sufrimiento. Los que tengan la dicha de no haber sufrido nunca hasta ahora recuerden que basta con sólo dejar que transcurra un cierto tiempo. De una u otra forma, todos acabamos por ser hombres dolientes.

De otra parte, uno de los problemas que impiden a algunos hombres ser felices es que no se soportan a sí mismos *qua talis*, en cuanto tales. En otros casos, no nos aceptamos en este o aquel defecto que tenemos. Es relativamente frecuente oír afirmaciones como las siguientes: «Yo no me acepto a mí mismo, porque a veces tengo un carácter muy fuerte» o «no me tolero a mí mismo, por ser un mal jugador de fútbol» o «no me aguanto a mí mismo, porque soy muy tímido o no soy muy listo o soy muy alto, o...»

En pocas ocasiones somos el que deseamos ser. Habitualmente el hombre anda como habiendo amputado lo mejor de sí mismo, comportándose de forma tan extraña para sí como para los demás. Apenas realizamos lo que ambicionamos. Muchos ni siquiera aman como quisieran. Algunos jamás han dicho lo que querrían decir y no precisamente por falta de auditorio. Con atinadas y penetrantes palabras expresa y califica Rilke esta situación al afirmar que «nadie vive su vida. Los hombres son casualidades... Habla su máscara, mientras calla su rostro... Cada uno trata de librarse de sí mismo como de un sepulcro que le odia y le retiene».

No parece sino que tratar de coincidir con las propias aspiraciones sea una empresa inalcanzable. De otra parte, está la insatisfacción causada por la reiterada y velada presencia del anhelo de perfección con la que a menudo comparamos los mediocres resultados conseguidos.

La vida propia se experimenta como si fuéramos sus autores, pero, al mismo tiempo, como si fuéramos meros espectadores de lo que allí acontece. Tenemos la extraña facultad de medir nuestra vida con el rasero de otras.

Muchas personas en la actualidad hacen lo que no quieren y tal vez quieren lo que no hacen o posiblemente imaginen querer o deseen hacer lo que otros parece que quieren. En el fondo, unos y otros parece que ni siquiera saben ya lo que quieren. Tal vez lo que determina finalmente su toma de decisiones es el deseo de imitar lo que los demás hacen (conformismo) o secundar dócilmente y realizar sólo aquello que los demás quieren que realice (totalitarismo).

Es probable que una persona que se comporta de esta forma descubra, años más tarde, la inutilidad de su existencia. En el fondo, su existencia estaba vacía mucho tiempo atrás, antes de que lo descubriera, puesto que las opciones por las que se decidió en ningún caso comprometieron, como sería de esperar, su libertad personal, siendo más bien irresponsables. A esa falta de contenido de la propia vida es a lo que Frankl (1988) denomina «vacío existencial».

Algunos hombres sienten nostalgia de la opción no elegida, de lo que acaso sacrificaron, a pesar de en ello reconocerse, mientras consideran que nada les dice lo que hasta ahora han alcanzado. En cada persona conviven dos vidas distintas, en la que una juzga a la otra, mientras el hombre comprueba y se duele de la enorme distancia que las separa. En unas circunstancias como éstas, es lógico que haya personas que se reprochen y culpabilicen con aquellas palabras que Saint-Exupéry pone en boca de uno de sus personajes: «Quise una vida que no he comprendido muy bien, una vida no del todo fiel».

Así no se puede ser feliz, sino que muy posiblemente haya que consultar con cualquier psiquiatra. Así se acaba por ser un neurótico. De aquí que para ser feliz haya que, inicialmente, aceptarse a sí mismo. A partir de aquí, la felicidad resultará una tarea probablemente difícil, pero al menos se han sentado las bases desde las cuales hay una cierta probabilidad de alcanzarla. La aceptación de sí mismo es de vital importancia.

No se olvide que a la llegada a este mundo, ya en el momento de nacer, el hombre trae consigo una cierta perfección —la perfección ini-

cial—, la de su ser. Si no se acepta esa perfección inicial que cada uno es, resulta imposible que en la práctica seamos felices, porque no nos aceptaremos como quienes somos y no desarrollaremos esas perfecciones iniciales en que consistimos.

Lo primero que hay que hacer es aceptarnos como somos, a la vez que no nos conformamos enteramente con ello, sino que luchamos por acrecentar, valorar y desarrollar todo lo bueno que hay en nosotros. Esa perfección inicial no es del todo perfecta, sino que está abierta a su crecimiento y desarrollo. Esto quiere decir que en el momento inicial no está desarrollado en todas sus posibilidades. La tarea de desarrollar esas perfecciones, con las que el hombre llega a este mundo es, precisamente, lo que hace que su vida sea interesante para sí mismo y lo que le permite llegar a ser feliz. La vida como proyecto es lo contrario de la vida que se ha devenido ininteresante para el hombre. En esto último consiste precisamente el aburrimiento.

Si ese desarrollo no lo hacemos, estamos robando a nuestro propio ser las potencialidades perfectibles que tenía y estamos hurtando también a la comunidad, porque estamos renunciando a algo que era un bien para todos los demás: el bien de nuestra perfección que es participable y comunicable a los otros. De aquí que cuando no luchamos seriamente por la perfección podamos incurrir en cierta negligencia. Y si esa omisión es negligible, tal vez sea punible y, hasta cierto punto, culpable y castigable.

El hombre está llamado a ser lo máximo que pueda y deba ser, para así hacer felices a los demás. Si nos conformamos con sólo la perfección inicial y no combatimos, mediante el propio cambio y la propia transformación para conseguir la perfección final que ha de operarse en nosotros, nunca seremos felices.

Las trayectorias de la felicidad consisten, sintetizándolo mucho, en atreverse a ser cada uno quien es, para llegar a ser mejor de lo que se es, aun cuando en ese intento se tenga que sufrir.

Por contra, con la no aceptación, con el rechazo de lo que uno es, no sólo el sufrimiento personal está garantizado, sino también un cierto desprecio por los que nos rodean, lo cual, obviamente, incrementa la presencia del dolor en el mundo. Por eso, en este punto estoy completamente de acuerdo con Kant, al afirmar que «cuando un hombre tiene un porqué vivir, soporta cualquier cómo». Cuando un hombre tiene un «porqué» vivir (algo que da sentido a su vida: desarrollarse, autorrealizarse, vivir una vida en plenitud, tratar de ser perfecto, conquistar la felicidad), tolera cualquier «cómo» (el dolor, la ansiedad, la irritabilidad, el sufrimiento psíquico, etc.). El mejor sendero para enfrentarse al dolor arranca de la propia aceptación personal —con todo lo que ésta tiene de limitaciones y déficit, de expectativas y posibilidades— y de encontrar un «porqué» vivir, de manera que la vida se realice en toda su plenitud y la persona llegue a ser dichosa.

¿Puede prevenirse el dolor?

Lo propio del vivir humano no es estar cerrado en el tiempo presente, sino anticipar. Lo propio de la vida es la anticipación de lo que todavía no es, pero puede llegar a ser. La vida es anticipación. Por muchas que sean las tensiones a las que nos vemos sujetos, vivir es pretender. No sólo tender hacia una cosa, sino «pre-tender». El hombre está siempre, de alguna forma, en la pretensión. La vida es pretensión. La vida es también, en cierto modo, pre-vivencia. En este momento estamos viviendo una determinada realidad, pero tenemos también otros planes y proyectos que ahora no pueden cumplirse y que, sin embargo, previvimos porque, no siendo aún, los anticipamos.

La vida es también propuesta. La vida del hombre no se limita a sólo responder ante cosas, ante situaciones, ante estímulos. Eso constituiría una mera respuesta. Cierto que muchas de nuestras conductas diarias son meras respuestas. Así si hace calor, respondemos sudando. Pero lo específico de la vida humana no es sólo emitir respuestas. Lo específico de la vida del hombre es tener propuestas, esbozos apenas apuntados del modo en que más tarde nos conduciremos. Nuestra conducta ha de transformarse en propuesta ante la cual uno mismo pueda responder.

Así pues, la conducta del hombre estriba más en una cierta inquietud, en anticipar cosas a las que un día llegar a responder, que en, simplemente, responder. Si solamente respondiéramos a los estímulos del medio, seríamos unos respondentes, o acaso unos respondones, y poco más. Una persona que agota su repertorio de conductas en sólo responder es una persona que ha sacrificado su libertad, que ha hecho de ella un holocausto en el altar de la nada. Porque compromete su libertad en responder sólo a lo que le llega, pero no en hacer que le llegue aquello a lo que quiere

responder como él quiere, de manera que consiga hacer que haya lo que todavía no había. En esto reside también la libertad humana: en hacer que haya lo que *todavía no* había.

Desde este horizonte, hay que afirmar que el dolor, en tanto que dolor, casi no se puede prevenir, pues llega cuando llega. Pero, al mismo tiempo, en tanto que cada hombre que sufre ha de responder a él —y de un modo personalísimo—, he de afirmar que el dolor sí que puede prevenirse. No es posible la prevención del dolor, pero sí la respuesta que demos al dolor.

Cada persona tiene su trayectoria biográfica: la que él quiere o la que las circunstancias, si él no quiere elegir, le marquen, es decir, lo que el flujo estimular suscite en su organismo. Si el hombre no elige qué respuesta va a dar cuando el dolor le alcance, si no se atreve a elegir, muy probablemente la vida o las circunstancias decidan por él: no la vida en general, sino las circunstancias. En un caso así, la persona finalizaría siendo apenas una persona-estímulo-dependiente, una persona circunstanciada, que no teniendo ninguna propuesta personal que hacer, se conforma con refugiarse en la pasividad de quienes se resignan a ser parasitados por las circunstancias y lo que éstas determinan, sin que ni siquiera hayan sido por ella buscadas.

En la vida humana se puede hablar de sufrimiento o felicidad, porque la persona es libre. Y, como tal, lo propio del hombre es anticipar lo que todavía no es y futurizar, desde hoy, lo que llegará a ser. Eso es lo propio del hombre. La temporalidad humana es así. Las trayectorias biográficas serán de sufrimiento o felicidad, según el proyecto que cada hombre hace con y de su vida. Hay personas que tienen como proyecto de vida no hacer ningún proyecto. Eso también es un proyecto, sólo que demasiado pobre, sencillamente porque en un proyecto así el hombre no se autoproyecta en lo que proyecta. Más bien, las personas que así se comportan también se están proyectando hacia el futuro, pero eligiendo la nada. En realidad, quedan a merced de la pura determinación de sus circunstancias. Un proyecto como éste es un proyecto muy pobre y casi miserable: algo muy poco humano y equívoco, al instalarse en la circunstancia que mejor prepara para el aturdimiento. Es también el proyecto que menos se compromete con la libertad, el que menos arrastra y vincula a la personalidad y el que peores consecuencias genera.

Estamos en una cultura en que el sufrir tiene «mala prensa» y, a lo que parece, no se cotiza en bolsa. Hoy el dolor no es un valor. Sufrir hoy es un dis-valor. Algo que no interesa, que no conviene, algo de lo que es mejor no hablar. Ese miedo al dolor se avizora muy bien desde la consulta de un psiquiatra, allí donde el dolor pierde su nombre y se transforma en incomprensión, vejaciones y humillaciones sin cuento. En ese escenario privilegiado puede observarse una buena parte del sufrimiento del hombre actual, de muchas personas que, por otra parte, en algunos aspectos valen más que los que no son pacientes psiquiátricos. Algunos de ellos, sin embargo, han sabido tener la grandeza de asumir sus sufrimientos sin siquiera mendigar la limosna de la comprensión. Y, sin embargo, están allí. Hay en esas personas mucho sufrimiento —una razón más para que no se les vea bien o se les rechace socialmente— y, en consecuencia, se les hace el vacío. En realidad, el tema del sufrimiento —a pesar de su inevitable realidad lacerante— muy pocos se lo plantean hoy y, cuando nos lo planteamos, es casi siempre porque estamos forzados a atravesar por esa experiencia. Quizás por eso, cuando el dolor sucede a otro, probablemente no nos interese considerarlo.

Junto a esta algofobia social, a ese temor social al dolor, hay también lo que se podría llamar el «sufrimiento inútil». Hay algunas personas que sufren como consecuencia de la estulticia de su comportamiento. Han optado por elecciones que muy probablemente acabarán en el sufrimiento. En estos casos es deber del médico tratar de enseñarles para que, en lo sucesivo, elijan mejor. De lo contrario, si se empeñan en seguir haciendo lo que hasta ahora han hecho, es muy probable que continúen sufriendo de una forma absurda e irracional. En esto sí que cabe hacer una cierta prevención del dolor y del sufrimiento del hombre.

Felicidad, placer y masoquismo

Se ha dicho que la felicidad es «el bien que todos los seres naturalmente apetecen». Esto significa que para ser felices, hay que partir de que hay un bien, porque si no lo hubiera, el hombre no podría ser feliz. Cualquier persona que abra sus ojos y observe que en su horizonte no hay nada a lo cual pueda llamar «bueno», que para ella no hay nada que valga, muy difícilmente podrá ser feliz. De aquí que parezca acertado el primer término de esa

definición de felicidad. Esto significa que tiene que haber un cierto «bien», en el que todas o casi todas las personas coincidan. En ese «bien» que todos apetecemos reside la felicidad humana.

Ese bien en que todos estamos de acuerdo ha de ser apetecido naturalmente. No se trata, pues, de un bien que nos apetezca artificialmente. Se trata de que ese bien sea algo natural y naturalmente apetecido por todos.

Consideremos ahora otro término de la definición: «apetecen». Se apetece lo que despierta, la aparición de algo valioso que hace que emerja una cierta tensión o tendencia que ponga en marcha, que haga vibrar el comportamiento humano en dirección hacia esa meta o propósito. Supongamos a un enfermo que sufre y que no atina a saber cómo responder a su sufrimiento. Supongamos que a la caída de la tarde —cuando el horizonte se colorea con esa hemorragia en que se desangra el sol en el ocaso—, emerge un nuevo valor para ese paciente. En unas circunstancias como éstas es muy probable que el enfermo dolorido contemple el nuevo valor en su horizonte, dilate su pupila y abandone la indiferencia en que se encontraba. Si persiste en su contemplación, es posible que, saliendo de su indiferencia, observe ese valor con mayor atención y termine por decirse (y decidirse) a sí mismo: «Hay que ir a por ese valor...; si consigo alcanzar ese valor, yo mismo seré valioso». Eso es apetecer, en el sentido en que aquí se ha empleado.

Apetecer aquí es sinónimo de querer. Nos estamos refiriendo al querer de la voluntad, al apetito intelectual con conocimiento del fin. Eso es lo que nos hace felices: «el bien que todos los seres naturalmente quieren».

Conviene distinguir aquí entre ciertos términos, de amplia circulación en la actualidad, como apetecer, desear y querer, cuyos significados aparecen confundidos en el uso coloquial que de ellos se hace. Muchas personas que buscan el placer, apetecen y desean, pero no quieren. Lo propio de la felicidad es querer. Lo propio de los instintos es apetecer. Lo propio de la imaginación es desear. No son funciones idénticas la imaginación, los instintos y la voluntad. Por eso, apetecer, desear y querer tampoco significa igual. Para ser felices hay que querer. Y para querer, hay que conocer. Porque no se quiere lo que no se conoce. Si se quiere ser feliz, es menester conocer antes qué es la felicidad. Y para conocer hay que formarse. Si no se abre la inteligencia al conocimiento, es muy difícil que se pueda acertar con lo que es la felicidad.

En la actualidad, hay también un uso atomizado y fraudulento del concepto de felicidad. Hoy se confunde felicidad con placer. Y con placer instantáneo. Pero eso no es la felicidad. Eso no hace al hombre feliz, porque se aturde en la persecución de tantas sensaciones placenteras irreconciliables, mientras huye de su intolerancia a la más pequeña de las frustraciones ordinarias.

Todos ellos son placeres puntuales —poco importa su número y cualidad—, pero no son la felicidad. ¿Cuál es el hilo que une a todos esos placeres dándoles un sentido? En el caso de algunas personas, ninguno. Pues aunque haya, secuencial e instantáneamente, satisfacciones placenteras que nada tienen que ver unas con otras, a nadie se le ocurriría llamar a eso felicidad. Y es que esas satisfacciones momentáneas e invertebradas desorganizan la vida, la fragmentan y acaban por atomizarla. Nada de eso que se ha hecho —ni todos esos placeres juntos— fundan y dan cumplidas cuentas de la totalidad y el sentido de su vida. Tampoco constituyen una respuesta suficiente a la unidad y totalidad de su vida personal. A eso no apunta la unidad armónica de la vida humana. Y es que «eso» no puede ser garante de felicidad alguna.

Por contra, hay quienes se enfrentan a sus sufrimientos dotándolos de sentido y no sólo conformándose con ellos. El comportamiento de éstos posiblemente sea calificado por los primeros de masoquismo, pero en modo alguno es tal. Es simple y llanamente que han descubierto que la felicidad es compatible con el dolor y la frustración; que siendo estas experiencias en sí mismas detestables pueden trenzarse y redimensionarse al calor de una nueva luz que las colma y plenifica.

Como afirma Frankl (1990, pp. 139-156), «la valentía ante el sufrimiento, esto es lo que importa (...). El escapista huye ante el sufrimiento necesario (...); el "masoquista" va en busca del sufrimiento innecesario. ¿En qué consiste, pues, la esencia del masoquismo? ¡Falsifica el desagrado convirtiéndolo en placer! (...) El *homo patiens* transforma el sufrimiento en acción (...); sabe que al tender hacia el sufrimiento ya lo trasciende, persiguiendo a través del sufrimiento aquello en aras de lo cual sufre, en una palabra: sacrificándose (...); y es que no sólo cumplimos y realizamos valores produciendo, sino también viviendo y sufriendo. El sufrimiento es acción. La muerte quiere decir cosecha. En realidad, ni el sufrimiento ni la culpa ni la muerte —toda esta

tríada trágica— pueden privar a la vida de su sentido. Pues, com afirmase Kierkegaard, "aunque la locura me ponga ante la vista el vestido de bufón, puedo salvar mi alma: si mi amor a Dios vence en mí».

En el dolor, algunos pacientes descubren un mundo más amplio, armónico y exigente: el de los valores. A la luz de ellos sí que pueden anidar y acunarse bien las experiencias dolorosas que en lugar de humillar contribuyen a que el hombre se acrezca en toda su estatura.

El dolor y los valores

La felicidad tiene que ver con el hecho de plantearnos una cuestión fundamental. En el fondo, cuando hablamos de felicidad lo único que hacemos es cumplir con el deber y el derecho de esclarecer cuál es el sentido de nuestra propia vida. Esto invita ya a preguntarse si se es feliz o no. Cuando un niño llega a este mundo dispone, cómo diría, de estructuras recibidas —por cultura, tradiciones y educación—, que hacen que no esté del todo a la intemperie, ni del todo desnudo y desvalido. Nos estamos refiriendo, claro está, a los valores que, por ejemplo, hemos visto realizados en éste y en aquél y que, pareciéndonos buenos, intentamos apropiárnoslos.

Con su descubrimiento comienza a configurarse un cierto proyecto de vida. Y, de alguna manera, un cierto sentido que da cuenta y razón de ella. Se concreta así un cierto deseo de felicidad. Pero a partir de esa estructura, hemos de ir mucho más lejos. Es decir, el hombre doliente tiene que plantearse seriamente —tanto le va en ello— si va a ser feliz o no, a pesar de sus sufrimientos. Y para ello, lo primero que descubre es que ha de aceptarse a sí mismo tal y como es, así como los sufrimientos y limitaciones que, por la enfermedad, en él están varados. Cierto que no hay que quedarse en eso, pero sí es obligado partir de eso.

«No hay ninguna psicoterapia —escribe Frankl, 1990— sin una concepción del hombre y sin una visión del mundo». Todo médico tiene una imagen del hombre, aunque no lo sepa, no quiera saberlo o se empecine en tratar de demostrar todo lo contrario.

Cualquiera que sea la imagen del hombre que el médico tenga, en mayor o menor grado acabará influyendo —a veces decisivamente— en el proceso terapéutico y en el propio paciente. No es de extrañar que esto vislumbren muchos pacientes, por lo que consideran prudente tratar de informarse y conocer cuál es la concepción del hombre que tiene el médico, antes de acudir a su consulta.

El médico debe evitar este peligro de partir de una tergiversada imagen del hombre. De lo contrario renuncia a una de sus armas más importantes en la lucha por la salud y la curación del paciente. Incluso, muy probablemente, pueda agravar el mal, al impedir que el enfermo se entienda a sí mismo en su íntegra realidad y, por tanto, que encuentre el sentido de su sufrimiento.

«Lo espiritual —escribe Frankl, 1990— no es sólo una dimensión del hombre, sino que es la dimensión específica de éste (...). La persona es un individuo: la persona es algo indivisible, no se puede subdividir ni escindir, precisamente porque es una unidad. Pero la persona no es solamente *in-dividuum* sino también *in-summabile*; esto significa que no es sólo indivisible, sino que tampoco se puede fundir, y esto no se puede hacer porque no es sólo unidad, sino también totalidad» (p. 68).

A ciertos médicos les cuesta mucho dar el paso de lo corporal a lo psíquico y a lo espiritual al tratar a sus pacientes, renunciando así a que éstos se abran a la trascendencia. Conste de que no se propone aquí que el médico salte de uno a otros planos, sin que venga a cuento o haya una poderosa razón para hacerlo. Pero hay muchas situaciones en la clínica diaria en que no hay que dar tal salto, sino que pasar de uno a otro plano es simplemente algo que viene demandado por el propio paciente. En una circunstancia como ésta el médico debería ayudar al paciente a que encuentre el sentido de su vida y de su enfermedad.

El médico debiera descubrir en cada enfermo la persona humana completa y única, inabarcable e incognoscible en su totalidad, es decir, el *homo humanus*, el hombre humano que no se deja simplificar por ninguna de las modalidades del cientificismo actual. Cuando el médico acoge al paciente sólo desde su perspectiva de especialista, actúa como si el enfermo no fuera sino un esquema, la deformada «hechura» a la que lo ha reducido mediante sus conocimiento de experto y su olvido de lo que es la persona humana. El médico ha de colaborar en que el paciente trate de descubrir libremente aquellos valores que, de una u otra forma, tejen sus sufrimientos y pueden conducirle al encuentro de lo que para él tiene sentido.

Dos actitudes frente al sufrimiento y su posible neurotización

Siguiendo a Frankl (1990), pueden distinguirse dos formas de enfrentarse al sufrimiento. De una parte, la del *homo faber*, es decir, la que corresponde exactamente a lo que hoy se denomina una persona de éxito, que sólo conoce dos categorías y sólo piensa y se mueve por ellas: el éxito y el fracaso. Son personas que llenan de sentido sus vidas produciendo. Cualquier *yuppie*, actriz, intelectual o político, caracteriza bien a quienes han optado en sus vidas por el hacer, por la fiebre de la producción, por autotrascenderse a sí mismos y realizarse únicamente a través de lo hecho.

Una persona así, ¿cómo podrá soportar la vida, cuando a causa del sufrimiento que experimenta, aparentemente, ni siquiera se le conceda la posibilidad de tomar las riendas de su propio destino? En tal caso —cuando ya no es posible acción alguna—, parece lógico que el *homo faber* se desespere ante el sufrimiento —un objetivo este con el que no había contado en su proyecto vital— y renuncie a seguir viviendo. Estos pacientes también llegan hoy al psiquiatra —y tal vez más frecuentemente que antes— en busca de consuelo y ayuda.

De otra parte, nos encontramos con el *homo patiens*, aquel que, por el contrario, ha optado por actitudes valiosas, en lugar de perseguir valores sólo productivos. Frente al *homo faber* —para quien el triunfo del *homo patiens* le parece necedad, absurdo y escándalo—, este segundo tipo de persona percibe el mundo de los valores como realización personal.

El *homo patiens* es consciente de que puede realizarse hasta en el fracaso más rotundo y en el descalabro más extremo. Para el hombre doliente el no desesperarse constituye ya un modo de realización. Así, puede llevar una vida con sentido a pesar del aparente fracaso. Y es que el sufrimiento alberga muchas posibilidades de sentido: un rango de valor muy superior al que ofrece el producir. El hombre doliente hace suya la afirmación de Goethe de que «no existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar».

En el ámbito clínico, el conocimiento de las anteriores actitudes frente el dolor tiene una gran relevancia. El *homo faber* suele responder al sufrimiento o rebelándose con odio —por falta de sumisión— o renunciando a la lucha —por falta de coraje—. En cualquier caso, no acepta lo que le sucede y, sobre todo, no saca de ello ningún provecho.

Por el contrario, el hombre doliente encuentra en el sentido de su sufrimiento no sólo una dignidad ética, sino además una dignidad antropológica, que es lo que le realiza personalmente. El hombre doliente descubre en el sufrimiento la posibilidad del sacrificio voluntario, donde se le revela la esencia de la persona.

En cambio, la obsesión por escapar del sufrimiento a toda costa agudiza la enfermedad. Algunos pacientes hacen depender la curación del hecho de liberarse de la neurosis. Pero, como asegura Frankl (1990), «no es la libertad de la neurosis lo que nos convierte en auténticos, en hombres que conocen la verdad o que incluso se deciden por ella, sino que es la verdad la que nos hace triunfar sobre la tragedia que forma parte de la esencia de la existencia humana y, en este sentido, la verdad nos libera del sufrimiento, mientras que nuestro simple estar libres del sufrimiento no sería capaz ni mucho menos de acercarnos a la verdad» (p. 238).

Baste recordar aquí que el hombre no es libre frente a la verdad, sino que es la verdad la que le hace ser libre. Por eso nada tiene de particular que la «cura de almas» se haya mostrado en ocasiones como algo muy eficaz para la aceptación del sufrimiento. Porque, cuando la solicita el paciente, la dirección espiritual comprensiva y exigente, paciente y estimulante constituye una poderosa ayuda para el encuentro con uno mismo, con lo más recóndito de la propia intimidad.

Es ahí precisamente donde tiene que hacerse la luz en estos pacientes para que emerja la verdad, el principio al que ajustar la propia vida. Sólo cuando se vive en la verdad —sin enmascarar u ocultar lo que realmente se es—, es decir, cuando descubrimos lo que somos y lo que debemos hacer con nuestras vidas, sólo entonces comenzamos a ser libres. Desde esta perspectiva, vivir en verdad constituye además una excelente medida preventiva contra la neurotización del sufrimiento humano.

Sobre la felicidad y el sentido del dolor

Afrontar verdaderamente el dolor es aceptar un despojo ilimitado, prestarse a una terrible transformación, arrojarse a fondo perdido a una nueva existencia, renunciar a las posesiones y costumbres para confiarse a lo desconocido.

El dolor y la muerte pertenecen al misterio del hombre; ambos se encuentran íntimamente entrelazados con su condición y con su destino. En el sufrimiento, el hombre experimenta la paradoja de su limitación, de forma particularmente evidente e intensa. En cierto sentido, el hombre doliente experimenta densada una faceta de su ser —la finitud—, a pesar de que en su interior continúe sintiendo la llamada a la felicidad, la grandeza de su dignidad, el saberse superior al entero universo material. El hombre que sufre se encuentra en un momento especialmente importante de su vida, un momento en el que, a la luz de esa experiencia, puede comprender, con luces nuevas, la distinción que es preciso hacer entre lo verdaderamente importante y lo que no lo es.

Esto hace precisamente que el dolor humano no pueda compararse con el dolor de los animales. El hombre sufriente puede sentirse exiliado en su dolor; el animal, no. Pero puede también aceptarlo, asumirlo e incluso quererlo, características que jamás pueden concurrir en el caso del animal. Por eso no tiene ningún sentido que se alcen voces tratando de igualar en este punto al hombre con los animales.

La polémica, por parte de algunos, rebasa los límites de lo que sería razonable y se muda aquí en irracionalidad. Autores como Singer (1990) se obstinan en afirmar que «la aplicación del principio de igualdad exige que se valoren con el mismo patrón los sufrimientos iguales padecidos por las diversas criaturas, al margen de que pertenezcan a la especie humana o a otra especie animal». Rollin (1981) llega a defender el derecho de los animales, por el solo hecho de vivir y tener funciones e intereses. Regan (1983), por su parte, deriva estos presuntos derechos asignados a los animales de la obligación natural humana de respetarlos.

El Frente de Liberación Animal británico ha llegado mucho más lejos, al perpetrar recientemente un atentado, que se cobró una vida, contra dos científicos ingleses, por el hecho de experimentar con animales. Nada de particular tiene que *The Times* haya calificado a estos atentados de «zoolatría y fascismo verde».

En esta polémica hay también argumentos más racionales. Así, por ejemplo, los de Cohen (1988), profesor de Ética en la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan, quien sostiene lo que sigue: «La posesión de derechos presupone un estatuto moral del que carecen la mayoría de los seres vivos (...). En nuestro trato con los animales pocos negarán que al menos estamos obligados a actuar humanamente (...). Pero tratar humanamente a los animales no es tratarles como si fueran humanos o titulares de derechos».

Otra cosa muy diferente es que el hombre respete y cuide a la naturaleza y a todos los seres como corresponde al puesto que ocupan en el mundo, como corresponde al hecho de ser persona. Pero eso en modo alguno nos autoriza a igualar el sufrimiento humano y el dolor de los animales.

Entre estas diferencias sustanciales entre el hombre y el animal en lo que atañe al dolor, he de citar aquí la del sentido del dolor. En efecto, el hombre es esencialmente un ser que se interroga, que cuestiona, un ser para el que no todo acontece necesariamente.

El hombre es un ser empeñado en la búsqueda de un sentido del *logos*. Ayudar al hombre a encontrar ese sentido es un deber del médico y, especialmente, del psicoterapeuta. Hoy, como ayer, el hombre que no encuentra un sentido a su vida se hunde en el vacío existencial. Éste es el diagnóstico que viene sosteniendo ininterrumpidamente Frankl (1988) a lo largo de medio siglo.

Cuando un hombre no encuentra sentido a su vida, a causa de lo que sufre, es posible que satisfaga esa primaria y elemental necesidad de entregarse a la satisfacción de otras necesidades jerárquicamente más bajas (sexo, alcohol, drogas, etc.). A lo que parece, de lo que toda persona humana tiene necesidad es de encontrar un sentido para su propia existencia. Pero el modelo antropológico que pone de manifiesto esta necesidad primordial, ha sido sistemáticamente ignorado por el hombre de nuestro tiempo.

Preguntarse por el sentido de la vida, por su valor, no es una manifestación sintomática de que el hombre esté enfermo, como pensaba Freud. «El hombre —escribe Frankl, 1988—, al interrogarse por el sentido de la vida, más que eso, al atreverse a dudar de la existencia de tal sentido, sólo manifiesta con ello su esencia humana (...); tal pregunta no es la manifestación de una enfermedad psíquica, sino la expresión de madurez mental, diría yo. En la sociedad de la abundancia, el estado de bienestar social prácticamente satisface todas las necesidades del hombre; hasta algunas necesidades en realidad son creadas por la misma sociedad de consumo. Sólo hay una necesidad que no encuentra satisfacción, y ésa es la necesidad de sentido en el hombre, ésa es su "voluntad de sentido", como yo la llamo.»

Precisamente es esto lo que hace que el dolor pueda contribuir al perfeccionamiento de la persona, pues le ayuda a preguntarse por el sentido de su vida y, de esa forma, puede colaborar a la felicidad personal.

La búsqueda de placer recorre hoy senderos, antiguamente muy poco transitados, que comportan un cierto riesgo. Éste es el caso de la «voluntad de prestigio», un sucedáneo de la «voluntad de poder» de antaño, que ahora se formaliza como éxito profesional. Y con la búsqueda del prestigio, la «voluntad de tener» la mayor cantidad de dinero posible *(making a lot of money)*. Como si el tener más hubiera de dar inevitablemente un mejor sentido al hombre que sufre.

Obviamente, el placer, el dinero, el éxito y el tener son como los cuatro puntos cardinales que constituyen el mapa de referencias, la carta de navegación que aparentemente toman algunos jóvenes contemporáneos para, erróneamente, tratar de encontrar un sentido a sus vidas, para conducir a un puerto seguro sus personales trayectorias biográficas. Con estos pseudovalores se ha vertebrado un modelo antropológico exitoso —el *yuppy*— que, lamentablemente, hoy tratan de imitar ciertos jóvenes universitarios.

Pero el protagonismo de ese modelo es incompleto. Se silencia o se oculta el abismo final en el que terminan algunos de los que siguieron esta trayectoria: el complejo o debilidad en que se sumergieron las personas exitosas que sacrificaron el sentido de su vida y la lealtad a él, a cambio de obtener un mayor éxito, más poder económico o más placer. Por este sendero no se entiende cómo el hombre puede alcanzar un sentido para su dolor. En realidad, el sentido del dolor es consecuencia del sentido de la vida que se tenga; en cierto modo, el sentido del dolor remite y se resuelve en el sentido de la vida.

¿Tiene sentido la experiencia de «encontrarse existiendo»? La experiencia de «encontrarse existiendo» —algo de lo que se ha venido ocupando Arellano (1991)— revela un acontecimiento absoluto: aquello por lo que se me da todo lo que me da, de manera que sin ello no se me da nada por ningún otro acontecimiento.

La situación de «encontrarse existiendo», cuando uno no tiene en sí la razón de su origen ni la razón de su término, permite alcanzar, por nuestra autoconciencia, el hecho de la donación de nuestra propia existencia. Más aún, el mismo hecho de «encontrarse existiendo» también me ha sido dado e inicialmente tampoco me pertenece, es decir, no es mío, aunque erróneamente lo pueda considerar como «lo mío». La autoconciencia de este acontecimiento absoluto permite encontrar sentido a la vida del hombre, porque la defiende de cualquier enajenación o posible extravío. Esa misma radicalidad de la autoconciencia de «encontrarse existiendo» puede constituirse en la fuente que da sentido a la propia vida, puesto que la encamina a estar permanentemente dispuesta a darse a sí misma.

En este juego incesante de la aceptación de lo dado —el dolor también nos ha sido dado— y de la permanente disponibilidad del darse —que es tanto como el hecho de aceptarlo— es donde emerge la experiencia de la libertad y la misma libertad humana. Este juego es el que en verdad autorrealiza al hombre que, en tanto que aceptante/donante de sí mismo —y de los sufrimientos que acompañan el *iter* que es su vida—, está siempre y prontamente dispuesto a la solidaridad, sin caer en la seducción ni en la fascinación de tomarse lo dado a sí mismo como algo propio que le perteneciera.

En mi opinión, en esto consiste el sentido de la vida y del sufrimiento. Como escribe Frankl (1988), «el hombre, en último término, puede realizarse sólo en la medida en que logra la plenitud de un sentido fuera en el mundo, y no dentro de sí mismo. En otras palabras, la autorrealización se escapa de la meta elegida en tanto se presenta como un efecto colateral, que yo defino como "autotrascendencia" de la existencia humana. El hombre apunta por encima de sí mismo hacia algo que no es él mismo, hacia algo o alguien, hacia un sentido cuya plenitud hay que lograr o hacia un semejante con quien uno se encuentra».

Es posible que el cínico considere insustancial la búsqueda de significado al sufrimiento. Pero ya nos hemos ocupado, líneas atrás, del vacío al que conduce el hecho de no encontrarle sentido al dolor.

De otra parte, nunca se ha reflexionado bastante en este hecho fundamental: el hombre ha obrado siempre como si algo superase en valor a la vida humana. Consciente o inconscientemente, se compara sin cesar la vida con la verdadera vida, la voluntad querida con la voluntad queriente, los objetos particulares con la radical ansia de infinito. Estas peculiaridades, que pueden avizorarse en la vida de cada hombre, confirman la necesidad de encontrar un sentido para el sufrimiento y para la vida toda.

Solzhenitsin (1971), en una de sus obras, pone en boca de un moribundo las palabras siguientes,

que confirman lo que acabo de decir: «A veces siento con tanta claridad que lo que hay en mí no es aún totalmente mío. Hay algo muy muy indestructible, algo muy muy alto. Algo como una esquirla del Espíritu universal. ¿No lo notáis?».

Pero volvamos al tema de la felicidad, por contraposición al problema del dolor. Una cuestión que es preciso afrontar, por su vigencia en la actual sociedad, es la de no confundir la felicidad con el placer. Algunos hombres confunden hoy la felicidad con el placer. Por eso, cuanto más se busca aquélla, menos se encuentra éste. En otras ocasiones, sin buscarla, la encontramos. A veces, la felicidad pasa por nuestras vidas rozándola, golpeándola incluso, sin que de ello nos demos cuenta.

En estas circunstancias —con ocasión del golpeteo del dolor que tan inoportunamente eclosiona—, puede que se nos presente una ocasión fabulosa en la que atisbar, de una vez por todas, dónde está el norte de la felicidad, lo que tal vez podría orientar nuestra entera trayectoria vital y biográfica y, sin embargo, tal ocasión pasa inadvertida y sin provecho alguno. Y es que no estamos atentos sino más bien confundidos. Precisamente por eso, no nos abalanzamos sobre la felicidad para conquistarla, y, consecuentemente, se nos escapa.

Conviene resolver este error: la felicidad no es el placer. La felicidad requiere tiempo, permanencia. Si alguien afirmase que ahora es feliz, pero que en apenas unos minutos va a dejar de serlo, desde ese mismo instante dejaría de serlo. Ni siquiera será preciso que transcurran esos minutos, pues basta con saber que la felicidad va a perderse, para que desaparezca. La felicidad tiene vocación de permanencia; el placer no. El placer como ya hemos visto, es puntual; incide aquí o allá y ya está: al segundo siguiente ya no es. La felicidad, por el contrario, tiene vocación de eternidad.

La felicidad no se compromete con una parte de la vida humana, sino que afecta a la totalidad. El placer afecta casi siempre a apenas un sector de nuestra corporalidad, desde donde invade el resto del organismo y tiñe nuestro talante personal. Por contra, la felicidad abarca todas las dimensiones de nuestro ser y de nuestro estar en el mundo. ¿Por qué acontece esto? Porque la felicidad no depende de los estímulos, porque la felicidad no depende, en definitiva, de nuestra sensorialidad. La felicidad es mucho más omniabarcante, holística y globalizante y menos puntual que el placer. También la felicidad resulta inseparable del sentido de la vida que se tenga.

El carácter perfectivo del sufrimiento humano

Algunos no aprecian o descalifican toda experiencia humana del sufrimiento, como si de una maldición se tratase. En esta equivocada perspectiva se hace coincidir al sufrimiento con la absurdidad. Olvidan que el dolor tiene también una dimensión perfectiva de la persona que lo padece. De aquí la urgente necesidad de recuperar el valor y la dignidad que subyacen soterrados en el sufrimiento.

Conviene recordar que para alcanzar el bien en que consiste la felicidad hay que luchar. Eso significa que hay que buscar la perfección en las entrañas del sufrimiento. Cuando el hombre se entrega a esta búsqueda, el dolor deja de resistírsele, le desvela su misterio y se le entrega, desvaneciéndose el halo de absurdidad que le envolvía.

En realidad, al hombre no se le conoce hasta que no advertimos cómo se comporta frente al sufrimiento. El dolor constituye una experiencia donde el hombre se pone a sí mismo a prueba. El dolor es ese acontecimiento, ese punto de toque que es útil para el perfeccionamiento personal. Si a través de esa experiencia el hombre mejora y se perfecciona, el dolor habrá contribuido a hacer al hombre feliz. Lo propio del hombre es la búsqueda de la felicidad, la pelea esforzada por alcanzar la propia perfección; el dolor es apenas una ocasión de la que el hombre puede servirse para alcanzar esa perfección. Y es que para ser feliz hay que hacer el bien.

El hombre, desde que nace, tiene una cierta perfección: la del ser. Pero el hombre es una perfección inicial que, por estar abierta, exige una perfección final de mayor nivel. El hombre es una perfección perfectible. Y toda nuestra vida consiste en satisfacer esa perfectibilidad a la que apunta la perfección inicial, en que consistimos y somos. Y eso es ser feliz. Ser feliz es elevar a la máxima perfección posible todas nuestras facultades, haciendo el bien, que es lo que las hace buenas y nos hace buenos. Cuando no se procede así lo pasamos mal y llegamos a experimentar hastío por nosotros mismos. Nos aburrimos, porque nuestra vida se ha vuelto ininteresante para nosotros mismos, porque hemos perdido de vista —hemos extraviado— que todavía podemos ser mejores en tantas cosas. Acaso también por eso sentimos la náusea en la boca propia, una situación patética esta, en la que lo único que nos falta es vomitarnos a nosotros mismos, ya que no

tiene sentido nada de lo que hacemos. Mientras tanto, nada nuevo nos trae el sucederse de los días acerca de qué podemos hacer con nuestras vidas transidas de dolor.

En esas circunstancias, lo que hay que hacer es olvidarse de lo mal que se está pasando. Sería más eficaz comenzar a pensar en lo fabuloso que sería —tratando de comportarse mejor— desarrollar al máximo las perfecciones que ya tenemos y adquirir las que no tenemos. Un reto como éste satisface a todos. Eso es la felicidad, algo que no es incompatible con el esfuerzo o el sufrimiento.

Este modo de afrontamiento del dolor fundamenta la propia autotransformación para ser una realidad transformante de los demás. Una persona feliz no ha conquistado ese estado para sólo su satisfacción, en el sentido egotista del término. La persona que busca y lucha por su felicidad no hace suya la siguiente formulación egoísta: «yo-para-mí-conmigo-solo-sin-nadie». Una persona que es feliz traslada, contagia, transmite su propia felicidad a los demás. Porque si no, paradójicamente, la felicidad así lograda sería algo empobrecido y desgraciado, es decir, pura infelicidad.

Para una ética de la felicidad

La filosofía moderna parece haber extraviado el concepto mismo de felicidad. Al no otorgarle el lugar central que le corresponde, como fin de la vida humana, ha restringido su contenido a la mera búsqueda de lo que sólo procura satisfacción. Recientemente, se ha producido una inflexión en el estudio de la Ética (MacIntyre, 1992; Spaemann, 1991; Abbà, 1989; Pinckaers, 1988) que trata de recuperar su arcano sentido felicitario. De mano de éstos y otros autores, la Filosofía Moral rescata así un concepto nuclear en la tradición aristotélico-tomista que se había casi extinguido. En efecto, la ética clásica no se centraba tanto en determinar las normas a las que la persona debe atenerse en sus decisiones, como en considerar esas decisiones a la luz del fin general y último que une y da sentido a todos esos actos aislados. Lo que a la ética de la felicidad importa es el fin que la persona asume al tomar una decisión, el modelo de persona al que se aspira a ser al actuar de este determinado modo. Se trata de recuperar, bajo la inspiración del pensamiento clásico, el concepto de fin, de naturaleza humana y de ley, cuestiones sustantivas todas ellas que permiten al hombre alcanzar lo que entiende por «vida buena» o por felicidad.

La nueva aproximación ética, frente a la anterior concepción hedonista, trata de ampliar su horizonte, integrando el obrar virtuoso de la persona, el aspecto subjetivo y hedónico de la felicidad —la reacción emotiva y gratificante que sigue a ésta— y los bienes exteriores. Se advierte así que el aspecto gratificante de la felicidad no es el norte que sirve de orientación a la conducta, sino la mera consecuencia del obrar bueno del hombre.

Hay personas que creen —como sugiere el chiste— que «todo lo que nos gusta está prohibido o engorda». Eso no es verdad. Hay que convencerse, de una vez por todas, que solamente haciendo el bien se es feliz. Y el bien se hace porque el hombre quiere hacerlo, porque le da la gana de ser feliz. Sería estúpido que el hombre cumpliera un mandato que no le hace feliz sólo por satisfacer un deber kantiano que le ha sido impuesto y cuya conciencia no se lo exige.

Ser y comportarse bien es ya un importante factor de la felicidad. El comportamiento virtuoso no se reduce a sólo un conjunto de hábitos que facilitan la repetición de actos buenos; la conducta virtuosa es mucho más que eso: es lo que eleva y potencia las capacidades operativas del hombre, ayudándole a vivir en armonía con Dios, con los demás y con el mundo. Y es que perseguir la felicidad a través de la práctica de la virtud es ciertamente más atractivo que vivir sometido a la ley o, fuera de ella, hacerse dependiente de sólo las satisfacciones puntuales hedonistas.

La autorrealización personal en la experiencia dolorosa

La felicidad es tanto más feliz, valga la redundancia, cuanto más se da, cuanto más se prodiga, cuanto más siembra en los que hay a su alrededor, contagiándola a todos. Para eso hay que tratar de ser un poco más perfectos de los que somos. En el fondo, la persona feliz no es otra que la persona que se ha autorrealizado. Una persona autorrealizada es la que ha realizado en sí ciertos valores, es decir, la persona que hace suyos, que encarna en sí misma esos valores. Conquistar esos valores y encarnarlos es tanto como avalorarse, por cuanto que cuando se posee y realizan, uno mismo se hace valioso. La realización de un valor es lo que hace que una

persona se acrezca en su valor. Eso es lo que nos hace valer. Ser feliz es ser valioso.

Por eso, uno es feliz cuando, autorrealizándose plenamente, también ayuda o contribuye a la plena realización de los demás. Y es que el hecho de que los demás sean también valiosos constituye un valor —que no es renunciable— para los que no lo son. Uno se autorrealiza en la medida en que los que están a nuestro alrededor se realizan, por virtud del esfuerzo que nosotros ponemos. Uno es perfecto en la medida en que desarrolla lo perfectible que tenía su perfección inicial —en tanto que ser—, haciéndola más satisfactoriamente perfectible. Esto significa, como estamos observando, que la felicidad humana es solidaria y no se conforma con sólo la felicidad del propio y recortado yo. Felicidad y solidaridad marchan siempre cogidas del brazo: donde va una, allí forzosamente le acompaña la otra. Así de sencillo. Y es que la felicidad es hacer que todos participen y apetezcan ese bien que nos hace dichosos. En esas circunstancias se es feliz, a pesar de lo mucho o poco que nos cueste (dolor, sufrimiento, angustia, etc.).

Por eso es posible autorrealizarse en la experiencia dolorosa, porque el dolor puede constituir la piedra de toque, la ocasión, tantas veces mal aprovechada, para el autoperfeccionamiento personal.

Más allá del dolor y el sufrimiento del hombre

Hemos visto hasta aquí algunas de las razones que fundamentan el sentido del sufrimiento del hombre. Sin embargo, a pesar de su luminosidad, esas razones se quedan «cortas» al adentrarnos en el misterio del dolor y el sufrimiento del hombre. He aquí el *plus* del dolor, el reto del sufrimiento donde van a estrellarse —acaso por eso rehúsen salirle al encuentro— las ideologías materialistas de hoy. A pesar del desarrollo tecnológico y del indiscutible avance de la Medicina, el hombre, hoy como ayer, continúa siendo el *homo patiens*, el *homo doloris* de siempre, en su constante peregrinar al encuentro de alguna explicación que casi nunca alcanza.

En unas circunstancias como éstas, es lógico que apelemos a lo que hay de transhumano en la naturaleza del hombre. Es preciso realizar, entonces, un cambio de plano —de lo natural a lo sobrenatural—, para, desde allí, penetrar, con una mayor hondura ayudados por la luz de la fe, en ese misterio. Las líneas que siguen parten de un supuesto irrenunciable —la fe católica— y son apenas unas reflexiones al hilo de la *Salvifici doloris*, de Juan Pablo II (1983).

En ese documento se parte de que «el sufrimiento humano suscita *compasión*, suscita también *respeto*, y a su manera atemoriza. En efecto, en él está contenida la grandeza de un misterio específico» (*Salvifici doloris*, n. 4). El respeto y la compasión son suscitados por el dolor en los que no sufren; el temor, en cambio, en el que sufre y en los que no. Ante el misterio incomprensible que desgarra el tejido de la vida humana, hemos de remontar el vuelo a lo que de más alto hay en el hombre para desde allí dilatar nuestro horizonte y magnificar nuestra visión. Esta apelación es consecuente, de igual forma que lo superior explica lo inferior, lo absoluto explica lo relativo y lo eterno lo contingente.

Y es que lo que es invisible para el hombre, está presente ante Dios: lo que al hombre, aparentemente, le abaja y frustra impidiéndole su realización, Dios lo permite precisamente para que el hombre se realice; lo que a aquél escandaliza y puede llevar al desaliento, Dios lo consiente para que el hombre aumente su fe, acrezca su esperanza e intensifique su amor.

«En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado» (*Gaudium et spes*, n. 22). El misterio antropológico se ilumina con luces nuevas en el misterio teológico. Un misterio reconduce al otro; el primero se entiende —aunque no se explique— en el segundo. La pasión de Cristo transforma el marco referencial en el que el hombre doliente puede mirarse e inspirarse, en búsqueda de sentido para su sufrimiento.

Del hombre doliente puede emerger la figura del Crucificado. Así se manifiesta Cristo en nuestra carne mortal; de este modo, también Cristo se perpetúa y hace presente en el mundo. Así se cumple y plenifica aquel haber sido «hecho a imagen y semejanza de Dios» del inicio. Hasta este punto ha querido Dios que nos igualáramos a su Hijo, queriendo asociar nuestro dolor —también en lo que pueda tener de merecimiento— a los méritos del dolor y la pasión de Cristo. El signo negativo, horizontal, de todo dolor humano ha sido plenificado y optimizado con la cruz vertical, positiva, en que murió por nosotros el Hombre doliente. El dolor, ese modo en que se experimenta y concreta el mal en el mundo, puede y debe encaminarse hacia la conse-

cución del bien en el mundo. A partir de aquí, el cristiano no sólo no rehusará el dolor, sino que lo aceptará y hasta lo querrá, a pesar de los naturales temores que el dolor en él puede suscitar. Con el sufrimiento de Cristo se esculpió de una vez por todas en su divino cuerpo el sentido, la referencia obligada de todo sufrimiento humano. En adelante, el hombre puede no odiar ni evitar ni retorcerse ante el dolor —por escandaloso e intenso que sea—, sino que lo amará y agradecerá, porque de él —si está unido al árbol de la Cruz— ha brotado la salvación.

Ahora sabe que también el Espíritu Santo brotará de su cruz de cada día y le iluminará y consolará. De esta manera, el cuerpo —despreciado por los maniqueos de todos los tiempos— deviene en elemento ineluctable de salvación. El cuerpo, por la acción del dolor vivido con un sentido cristiano, se espiritualiza, más aún, se sacraliza y diviniza. Éste es el grano de trigo que muere —impregnado y medio confundido con la sangre redentora de Cristo, y corredentor con ella— y por eso da mucho fruto. La redención pasa por la cruz; la corredención por el dolor, para así entretejerse envueltos en el misterio de la Cruz divina y el dolor humano.

El escándalo del dolor de los inocentes —una cuestión tópica, pero no por ello menos inquietante— no conduce al absurdo, como algunos piensan, sino a la glorificación del Calvario, donde padeció y murió el más inocente de los inocentes. Este sentido del dolor cambia al mismo dolor. El dolor —«¿por qué a mí?»— no es consecuencia del *fatum*, azar o destino, sino voluntad de Dios, que quiere identificar al hombre doliente con su Hijo, una señal cierta de predilección divina. La pregunta certera no debe consistir tanto en «¿por qué a mí?», como en «¿por qué a Él?». La estructura de la pregunta condiciona la estructura de la respuesta. Por eso debe atinarse al formularla, para que la respuesta sea plenamente satisfactoria. Cuando se cuestiona el dolor de esta forma, el hombre descubre su sentido. Esa pregunta definitiva, cuando está bien formulada, da definitivamente respuesta al dolor del hombre y radicalmente satisface su hambre de sentido.

La pregunta acerca del sentido del dolor y el sufrimiento va más allá del dolor y el sufrimiento. Es ésta una pregunta que alcanza al hombre más allá del sentido de su sufrimiento, pues, a través de ella, el hombre, de una u otra forma, se pregunta siempre por el sentido de su fe. La pregunta acerca del dolor encamina y se resuelve en la respuesta que el hombre dé a la cuestión acerca de su fe.

El misterio del dolor humano encamina al misterio del amor divino. Sin el sufrimiento de Cristo es locura tratar de entender el sufrimiento del hombre. Es como si el misterio de Dios quisiera acunarse en el misterio del hombre para hacerse así más cercano y asequible.

La redención se prolonga aquí en corredención, a través de la cual el hombre doliente se diviniza. El amor de Dios al hombre probado en el sufrimiento ilumina el sentido de su dolor, que se muda ahora amor de Dios y amor a Dios. El misterio del sufrimiento de Cristo se comprende por su amor a los hombres; el amor del hombre a Dios se entiende en el sufrimiento humano, a la vez que es donde éste adquiere su mayor grandeza y perfección: lo que hace crecer en dignidad al hombre.

El amor limpia y trasciende el dolor. El dolor del mal es borrado por la pujanza del bien del amor. La liberación del mal se hace a expensas de amor. Por eso el sufrimiento abre la vida a un sentido más pleno y la hace más digna —tantas veces como está a punto de extraviarse en el aturdimiento de naderías y futilidades, consecuencias del hedonismo—, obrando que el hombre haga pie en su existencia y toque fondo en su conciencia. El hombre se encuentra consigo mismo en la medida que hace suyo el sufrimiento de cada hombre —¡el suyo también!— y asume y se deja absorber por el más perfecto y pleno sufrimiento: el de Cristo.

Cristo curó a los enfermos y alivió al hombre en su dolor. Con eso demostró que es bueno combatir el dolor. Pero con su vida y su sufrimiento nos enseñó a divinizar el dolor, dándonos ejemplo para que todo hombre pueda encontrar un sentido pleno a sus sufrimientos y angustias. Tanto se acercó Cristo al sufrimiento humano que Él mismo se hizo sufrimiento, asumiendo, por todos los hombres, todo cuanto de dolor pueda haber en el mundo.

A partir de aquí, el sufrimiento del hombre será redimensionado de una forma completamente nueva: el dolor será vinculado al amor. Sufrir no será, en adelante, sino amar. La cruz se transforma en la cuna del amor, el lugar santo donde se acuna y del que procede toda salvación, misterio por cuya virtud el hombre alcanza su felicidad y plena glorificación.

El hombre se realiza a sí mismo, en tanto que sufre y su sufrimiento se asocia a la cruz de Cristo. Cuando el hombre responde cristianamente al sufrimiento, la debilidad generada por el dolor se transforma en fortaleza salvífica y su miseria en potencia redentora. Esta fortaleza y potencia transforman no sólo el dolor, sino principalmente a quien así lo recibe. El dolor sirve a la autorrealización del hombre, porque a su través se realiza la redención del género humano. Y más allá de la autorrealización de cada hombre en su dolor personal, el sufrimiento alcanza y contribuye también a la plena realización de todos los hombres en la redención. Por eso, más allá del misterio, se vislumbra que el honor de Dios no se mancilla, sino que se expresa y manifiesta en el honor de la Cruz. De este modo, la miseria del dolor del hombre puede ser ocasión del acrecentamiento de su honor y dignidad.

El dolor del hombre —miembro del cuerpo místico que es la Iglesia—, en la medida en que se une al sufrimiento de Cristo, se colma de valor y se transforma en corredención. El cristiano santifica con su dolor a la Iglesia desde dentro —*ad intra*—, como un miembro que a ella pertenece. Esta santificación de la Iglesia por el cristiano desvela el carácter plenificador del dolor del hombre. La Iglesia, cuerpo de Cristo, se enriquece y santifica con el dolor de uno de sus hijos. La comunicabilidad de la gracia ganada por Cristo no ha querido encerrarse en el hermetismo y la indiferencia de salvarnos sin nosotros, sino que se ha abierto a nuestro dolor para manifestarnos que tiene necesidad de nosotros. Nuestro Señor no es un Dios solitario: quiere también que le acompañemos con nuestro dolor en sus sufrimientos y en su tarea redentora. Dios nos salva misteriosamente, haciéndonos dignos de ella y haciendo posible que cada criatura contribuya a su salvación personal y a la de los demás. De esta suerte, el cuerpo de Cristo —que es la Iglesia— y el cristiano —que es un miembro de ese cuerpo— se funden en una unidad en la que Dios salva al hombre en la Iglesia.

Al mismo tiempo, esto hace posible que la Iglesia sea santificada por el dolor del hombre y que el hombre se salve santificando a la Iglesia en la que él mismo se salva. La Iglesia, como cuerpo de Cristo, acoge la santificación que le procura el cristiano y perpetúa la obra redentora de Cristo, que quiere que todos los cristianos se salven.

La Iglesia salva a los cristianos y los cristianos santifican a la Iglesia. El misterio del dolor humano ilumina el misterio de la Iglesia. El misterio de la Cruz de Cristo esclarece el misterio de la Iglesia y del dolor del hombre. El sufrimiento del hombre enlaza con el sufrimiento de Cristo, en la medida en que se particulariza y encarna en un miembro de cuerpo de Cristo, de la Iglesia.

La Iglesia, que es divina, está abierta a la recepción del valor del dolor humano, y al aceptarlo, diviniza al hombre a la vez que ella misma se humaniza. El dolor del hombre se nos manifiesta como una realidad humano divina, que alcanza su sentido pleno en la medida que es incorporado por el cristiano a esa naturaleza divino-humana que es la Iglesia. En este contexto son especialmente iluminadoras las siguientes palabras del apóstol Pablo, con que comienza la *Salvifici doloris*: «Suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su cuerpo, que es la Iglesia» (Col 1, 24).

Cuando el dolor del hombre alcanza este sentido, entonces, la debilidad del sufrimiento no aplana, sino que eleva. Pero es preciso dejarse penetrar y fecundar por la fortaleza prestada de Cristo, que es el único que salva. En este caso esta debilidad no abaja, sino que exalta. El dolor así vivido no encierra en el hermetismo de la sinrazón, sino que permeabiliza a quienes sufren y les abre más allá de sus contemporáneos y del tiempo: les abre a la eternidad sin fin. La debilidad del dolor, que así se vive, ni debilita ni expolia ni empobrece, sino que enriquece, porque trascendiendo su situación colabora a la salvación de sí mismo y de los otros. La aparente debilidad del dolor vigoriza y robustece al hombre, ayudándole a vivir en paz y alegría y haciéndole resistir a los embates de la frustración y de la neurosis.

El sufrimiento en estas coordenadas cristianas deviene en una nueva realidad transformante, por que la el hombre se agiganta y madura más allá de lo que siempre soñó, elevándole por encima de su pequeña y natural estatura. Y lo mismo acontece con la muerte, que a pesar de no confundirse con el sufrimiento es, en cierto sentido, la plenitud del sufrimiento —en tanto que ruptura y máxima disociación del hombre—, pero también la condición ineluctable que abre la puerta de la felicidad eterna al hombre. De aquí su miseria y su grandeza. La muerte es la bisagra que une el cielo con la tierra y por eso también la puerta que, personal y definitivamente, abre la andadura humana a un horizonte sobrehumano.

Christophe André
Psicología del miedo
Temores, angustias y fobias

Bibliografía

ABBÀ, G., 1989: *Felicità, vita buonna e virtù*, Librería Ateneo Salesiano, Roma.

ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*, Paz Montalvo, Madrid, vol. II, 1969, p. 76.

ARELLANO CATALÁ, J.: «El acontecimiento absoluto de "encontrarse existiendo"», en VV. AA. *El hombre: inmanencia y trascendencia*, XXV Reuniones Filosóficas. Universidad de Navarra, Pamplona, 1991, pp. 529-554.

BEECHER, H. K.: *Measuring of Subjetive Responses: Quantitative effects of Drugs*, Nueva York, Oxford University Press, 1959.

BUYTENDIJK, F. J. J.: *Uber aen Schmerz*, Huber, Berna, 1948.

CAMPBELL, J. N.; RAJA, S. N.; COHEN, R. H.; MANNING, D. C.; KHAN, A. A.; y MAYER, R. A.: «Peripheral neural mechanisms of nociception», en P. D. Wall y R. Melzack (eds.), *Textbook of Pain*, 2.ª ed. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1989, pp. 22-45.

COHEN, C.: *The New England Journal of Medicine*, 315, 14, 1988, p. 865.

CONCILIO VATICANO II, Const. Past. *Gadium et spes*, n. 22.

CRAIG, K. D.: «Social Modelling influences on pain», en STERNBACH, R. A.: *Pain a psychological analysis*, Nueva York, Academic Press, 1968.

DEJERINE, J.; ROUSSY, G.: «Le syndrome thalamique» en *Revue de Neurologie*, 14, 1906, pp. 521-532.

FRANKL, V. E.: *La voluntad de sentido*. Herder. Barcelona, 1988.

Logoterapia y análisis existencial, Herder, Barcelona, 1990.

GRAY, J. A.: *La Psicología del miedo*, Guadarrama, S. A., Madrid, 1971, p. 19.

JESSELL, T. M., y KELLY, D. D.: «Pain and Analgesia», en E. K. KANDEL, J. H. SCHWARTZ y T. M. JESSEL (dirs.): *Principles of Neuronal Science*, 3.ª ed., Elsevier, Nueva York, 1991, pp. 385-399.

JIMÉNEZ VARGAS, J.; POLAINO-LORENTE, A.: *Neurofisiología Psicológica Fundamental*, 3.ª ed., Científico-Médica, Madrid, 1992, pp. 99-112.

JUAN PABLO II: Carta apostólica *Salvifici doloris*, (11-II-1983).

LERICHE, P.: *La chirurgie de la douleur*, 2.ª ed., Mason, París, 1940, pp. 39-40.

LIPPS, TH.; VON FUHLEN, E.: *Vollen und Denken*, Leipzig, 1926.

LÓPEZ-IBOR, J. J.: *La angustia vital*, Paz Montalvo, Madrid, 1969.

MACINTYRE, A.: *Tres versiones rivales de la ética*, Rialp, Madrid, 1992.

PINCKAERS, S.: *Las fuentes de la moral cristiana*, Universidad de Navarra, Pamplona, 1988.

POLAINO-LORENTE, A.: «Psicopatología y antropología del dolor» en *Folia Humanistica*, XVII, 197, 1974, pp. 255-267.

REGAN, T.: *The Case for Animal Rights*, University of California Press, 1983.

ROBERTS, W. J.: «A hipothesis on the physiological basis for causalgia and related pains», en *Pain*, 24, 1986, pp. 297-311.

ROLLIN, B. E.: *Animal Rights and Human Morality*, Nueva York, 1981.

RUDA, M. A.; BENNETT, G. J.; DUBNER, R.: «Neurochemistry and neural circuit in the dorsal horn», *Prog. Brain Res.*, 66, 1986, pp. 219-268.

SCHACHTER, S.; SINGER, J. E.: «Cognitive, Social and Physiological Determinants of emotional states», en *Psychological Review*, 69, 1962, pp. 379-399.

SCHULZE-MAIZIER, F.: *M. Eckharts deutsche Predigten und Tractate*, 1938.

SINGER, F.: Declaraciones a *Il Mondo Operaio*, Roma, 1990.

SCHNEIDER, K.: *Klinische Psychopathologie*, Georg Thieme, Stuttgart, 1962.

SOLZHENITSIN, A.: *Pabellón del cáncer*, Aguilar, Madrid, 1971.

SOULARIAC, A. y cols.: «Effects of Pain and of Several Central Analgesics on Cortex, Hippocampus and Reticular Formation of Brain System», en *International Journal of Neuropharmacology*, 6, 1967, pp. 71-81.

SPAEMANN, R.: *Felicidad y benevolencia*, Rialp, Madrid, 1991.

WEISENBERG, M.: «Pain and Pain control», *Psychological Bulletin*, 84, 1977, pp.1008-1014.

WILLET, R.: «The effects of Psychoquirurgical Procedures on Behaviour», en EYSENCK, H. (dir.): *Handbook of Abnormal Psychology*, Londres, 1960, pp. 560-610.

ZBORPWSKI, M.: *People in pain*, Jorsey-Bass, San Francisco, 1969.

31. LA ASISTENCIA PASTORAL EN EL ENFERMO TERMINAL: UN DERECHO INDECLINABLE

M. A. Monge Sánchez

Introducción

Cuando un hombre o una mujer caen enfermos lo primero que buscan es recuperar la salud. Con tal fin no se escatiman medios ni humanos ni económicos. Ésta es la razón de ser de las llamadas ciencias de la salud: sanar al enfermo, aliviarle en sus dolores y —si la enfermedad es incurable— procurarle una digna calidad de vida hasta el momento final de su existencia terrena.

Pero con la enfermedad se resiente toda la persona y por ello hay que procurar atender al enfermo en su integridad, cuidando también los aspectos espirituales propios de su naturaleza racional. Cuando la enfermedad es grave, o cuando ésta se convierte en una amenaza para la vida, entonces esa atención constituye un deber apremiante de los que rodean al enfermo, puesto que se trata de un derecho indeclinable del ser humano. La necesidad de esta atención, las dificultades que conlleva y el modo de realizarla son los temas que se consideran a continuación.

La enfermedad afecta a todo el hombre

El hombre, cuando, enferma sigue siendo persona humana. Su presencia en la consulta médica o su ingreso en un centro hospitalario no le convierte en un simple número de una historia clínica. Al enfermar, aunque se encuentre agonizando en la cama de un hospital, no pierde su identidad personal ni su capacidad de respuesta frente a la vida. Se ha dicho con razón que «también en la cabecera de los moribundos hay vida hasta el final, y no una vida de desecho, sino una vida auténticamente humana».

Por ser el hombre una unidad psicofísica, al enfermar se resiente todo él. La enfermedad no sólo afecta al cuerpo, sino a la persona en su totalidad; en cierto modo enferma todo el hombre. Por ello, en la atención del ser humano enfermo no debe nunca perderse de vista esta perspectiva. No basta tratar de curar el órgano o la función lesionada, sino que hay que tratar al hombre como tal. Y el hombre enfermo «es un ser necesitado de ayudas de muy diverso tipo a causa de una diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (de carácter ético y religioso). Su situación reclama lo que hoy se llama atención *integral* para poder restablecerse o para asumir sanamente su enfermedad para luchar contra la muerte o para aceptarla y vivirla con dignidad cuando llega».

Esta atención integral significa, pues, que hay que atender al enfermo en su totalidad, en su ser de persona humana, pues sufre en su cuerpo y en su espíritu y como tal debe ser atendido. Es significativo lo que decía Alexia, una niña de 14 años que atendí en la Clínica Universitaria de Navarra, que murió de sarcoma de Ewing: «Yo no soy una enferma, soy una persona que tiene un problema» y recalcaba con fuerza la palabra *persona*.

Tratar como persona o tratar *humanamente* al enfermo significa sencillamente tener en cuenta lo que es: un ser humano, que no deja de serlo por el hecho de enfermar.

Esto requiere recordar someramente algunos presupuestos antropológicos, porque, según se considere lo que el hombre es, se derivarán muy diversas consecuencias a la hora de tratarlo, de curarlo, de acompañarlo y, sobre todo, de ayudarle a morir.

Nuestro punto de partida es el siguiente: El hombre es un ser inteligente y libre, corporal y espiritual, no sólo un mecanismo biológico compuesto de tejidos, órganos y sistemas. Más brevemente: un ser compuesto de cuerpo y alma, y ésta, espiritual e inmortal.

Por ello, la atención humana, aun siendo muy importante, no puede reducirse simplemente a la consecución de ciertos logros que algunos podrían considerar como el *summum*: procurar que el enfermo reciba un trato amable y cordial, bienestar corporal y anímico, ausencia de dolor, buena calidad de vida, etc. Todo esto constituye sólo un aspecto de la humanidad en el trato del enfermo. Pero a esta humanidad pertenece también la dimensión espiritual de la persona, a la que corresponde consiguientemente una ayuda espiritual, ayuda que se hace más perentoria a medida que el enfermo se va acercando al término final de su existencia terrena.

Para un profesional sanitario que participa en un sentido trascendente de la vida, todo hombre, especialmente el enfermo, es criatura de Dios que merece todo respeto. Refiriéndose a la tarea que deben desarrollar los hospitales católicos, el Papa Juan Pablo II señala que «deben hacer todo lo posible a fin de que los enfermos sean asistidos tal como exige su dignidad de personas *hechas a imagen y semejanza de Dios*» (Gen I, 26). Además, para la fe católica, ese hombre enfermo es hijo de Dios (cfr. I Jn 3, 1-2). Esta verdad revelada constituye la base irrenunciable de toda la antropología cristiana.

Desglosamos a continuación los contenidos de lo que entendemos como ayuda integral del enfermo.

Atención integral del enfermo

En el hombre —enfermo o sano— pueden considerarse diversos aspectos de su persona:

a) *Aspectos biológicos*. Actualmente la atención médica y de enfermería es minuciosa en relación con todos los aspectos biológicos: ritmos circadianos (sueño, alimentación), excretas (orina, deposición, etc.), higiene, signos y síntomas de enfermedad (dolor, vómitos, tos, hipo, etc.). En algún hospital es tan severo este control del ritmo biológico que un enfermo de nacionalidad alemana y no sin cierta ironía llegó a comentar «aquí te toman las constantes constantemente».

b) *Aspectos humanos*. Pero no basta el dominio biológico, puesto que el hombre es más que biología. Considerar a la persona más allá que un organismo biológico se interpreta frecuentemente como un trato cortés-afectivo-de relación (conversación, atenciones, etc.). Esto da un segundo nivel: Es la «medicina humanitaria». Lamentablemente, a veces ese trato no se da, aunque sea ya reconocido como un índice de calidad. Este aspecto lo analizaremos enseguida con más amplitud al referirnos a lo que consideramos como el primer nivel de las necesidades espirituales del enfermo.

c) El tercer aspecto considera lo que, en sentido amplio, puede denominarse las *necesidades espirituales* del enfermo.

En él se pueden definir hasta tres niveles:

1. En el primero (el que hemos llamado antes «medicina humanitaria») se respeta a la persona en la comprensión y entendimiento de lo que le está ocurriendo. Se le dan todas las explicaciones necesarias sobre pequeños detalles o grandes programas para que no se sienta atendida sin su conocimiento. En esto juegan un papel importante el médico y la enfermera: explican las pruebas, los síntomas, los efectos secundarios, la repercusión sobre la vida corriente, el sentido de la enfermedad, abren perspectivas en áreas donde puede «realizarse» el enfermo, le orientan en el nuevo «rol» que tendrá con la familia y la sociedad, etc. Hablan de los miedos, la ansiedad, las preocupaciones. Intentan escuchar para que el propio enfermo y la familia aprendan a:

• Enfrentarse humanamente al estrés, lo cual supone:

— Identificar su causa.
— Enumerar posibles opciones para superarla.
— Establecer las opciones más fáciles.
— Darles prioridad.
— Elegir y decidir.

• Buscar soluciones (poco satisfactorias a veces) y a tranquilizarse ante los problemas «del pozo negro sin salida» que a veces se presentan.

• Ponerlas en práctica.

2. Después de la comprensión —que proporciona rango humano— que facilita al enfermo ser tenido en cuenta en un hospital, porque hace que se sienta respetado, el segundo nivel *es ayudarle en la toma de decisiones*. Aunque las decisiones son aconsejadas por el equipo médico y se deben tomar de forma obligada, porque no se suelen presentar como alternativas, el equipo sanitario ha de procurar fomentar la toma de decisiones, tanto en pequeñas cosas de la vida diaria como en hacer planes, elegir actividades de descanso, de relación familiar o social. Esto ayuda a que el enfermo mantenga un nivel alto de sí mismo: comprende y

decide con libertad, sabe que el equipo médico le respeta esos derechos «humanos y espirituales» y se siente «él mismo».

Algo de esto reflejan las siguientes palabras de los obispos españoles con motivo del así llamado «día del enfermo» (una celebración anual que tiene como fin hacer que los fieles tomen conciencia del papel que los enfermos desempeñan en la comunidad de creyentes), decían en 1987: «El que está enfermo necesita ser amado y reconocido, ser escuchado y comprendido, acompañado y no abandonado, ayudado, pero nunca humillado, sentirse útil, ser respetado y protegido, necesita encontrar un sentido a lo que le pasa».

Este «trato humano», obviamente corresponde a todos los componentes del equipo sanitario: médicos, enfermeras, auxiliares, etc. Todos deben colaborar para tratar así al enfermo. Esto supone desde conocer su nombre o algunos rasgos de su biografía personal, gustos, aficiones, etc., hasta, cuando sea el caso, ayudarle a morir. Podría enunciarse este trato con otras palabras: «estar con el enfermo es más importante que "actuar" por el enfermo. Pero para estar de veras con él, antes hay que conocerle, escucharle, compartir sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia y su humanidad. Entonces, y sólo entonces, tendremos la respuesta y será una respuesta capaz de cualificar nuestra profesionalidad, porque le dará sentido a la palabra asistencia y, sobre todo, conseguirá valorar a la persona del enfermo en su totalidad».

La atención espiritual: un derecho del enfermo

El tercer nivel es el trascendente, que parte de la concepción del hombre como ser espiritual abierto a Dios.

Esta concepción permite al enfermo:

— Dar sentido a su enfermedad.
— Profundizar en el conocimiento de sí mismo.
— Avanzar en el sentido de lo trascendente: encontrar la razón de vivir, de morir, de luchar.
— Llegar a Dios (a través, sobre todo, de los *sacramentos*).

En este nivel, el equipo sanitario no queda excluido, como luego veremos, aunque sean propiamente los agentes de pastoral sanitaria (capellanes, etc.) quienes mejor lo pueden proporcionar.

Sobre esta específica atención espiritual de la persona enferma, consideramos algunas cuestiones fundamentales que pueden resumirse así:

1. Es *un derecho del enfermo.*
2. Es *un deber de los que le atienden.*
3. Es *una necesidad.*
4. *Es deber de todos, no sólo del sacerdote.*

1. El enfermo, hospitalizado o no, tiene como persona el derecho a que se le reconozcan y se le faciliten todas las posibilidades para ejercer su libertad religiosa.

La libertad religiosa alcanza hoy en los países democráticos el rango de un derecho fundamental. Como tal, los poderes políticos deben proteger su ejercicio. No bastaría una mera declaración de principios si luego no se resuelven los problemas prácticos del ejercicio de esa libertad. Este derecho viene reconocido en la Declaración sobre la Libertad Religiosa del Concilio Vaticano II (cfr. *Dignitatis humanae*, n. 2). Aparece igualmente en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 10-XII-1948 (arts. 18 y 19) y lo mismo contempla la Constitución Española (art. 16).

Esta necesidad de tutela estatal adquiere especial relevancia en determinadas situaciones peculiares de falta de movilidad de las personas (hospitales, internados en prisiones, miembros de las fuerzas armadas, etc.) en las que, sin una intervención especial de los poderes públicos, el ciudadano no podría satisfacer su derecho al ejercicio de la libertad religiosa, una de cuyas manifestaciones es la recepción de la asistencia espiritual que se desea.

En esta dirección se orientan los acuerdos Iglesia-Estado español sobre asistencia religiosa en los hospitales públicos (24-VII-85), reconociendo como un derecho la asistencia religiosa a los enfermos católicos ingresados en el hospital, y regulando este derecho mediante la creación de un Servicio de Asistencia Religiosa (BOE, 21-XII-1985).

En virtud de este acuerdo, debe existir en cada hospital público un servicio de asistencia religiosa y atención pastoral a los pacientes católicos del que podrán beneficiarse también otros pacientes que lo deseen, los familiares y el personal sanitario del Centro.

Este servicio será financiado por el Estado y dispondrá de capilla, despacho y lugar de residencia de los capellanes, quienes ejercerán su actividad en coordinación con los demás servicios del hospital.

De este modo, al asegurar la asistencia religiosa en los hospitales públicos, se reconoce la dimensión espiritual de la persona enferma y hasta el sentido terapéutico que puede tener su atención.

Tratándose de un derecho humano se entiende que todos los hospitales públicos y privados deben asegurar esta asistencia religiosa, que debe ofrecerse a todos los ciudadanos, cualquiera que sea su confesión religiosa

2. Por ser la atención religiosa un derecho humano, es natural que genere un deber en aquellos que atienden y acompañan al enfermo. Deber diario que desde el ingreso del paciente se ha de saber orientar con tacto y delicadeza. El equipo médico y de enfermería, junto con los agentes de pastoral sanitaria, ha de señalar el camino que debe seguirse, disponiendo todo lo que al enfermo se refiera, incluida la familia, para que todo entre en un contexto verdadero, apacible y lleno de calor humano.

A este respecto es significativo lo que, en un clásico manual de Medicina Interna escribe un conocido oncólogo. Refiriéndose a la atención de los enfermos cancerosos terminales (obviamente esto podría aplicarse a otros tipos de enfermos) dice que «el médico debe apoyarse en las enfermeras, sacerdotes y asistentes sociales para el cuidado y atención de estos pacientes». Subrayamos la referencia explícita a la tarea de los sacerdotes, dando por supuesta su vinculación con la estructura orgánica del hospital. De hecho, en algunos países se contempla al capellán formando parte de la institución hospitalaria. Puede recordarse una Circular sobre el Estatuto Jurídico del Personal de Asistencia Religiosa en el Hospital Público del Ministerio de Sanidad de Italia, con fecha 2 de enero de 1973, que en su art. 1.° dice así: «El Personal de Asistencia Religiosa forma parte, en paridad de derechos y de estatuto jurídico, del personal que trabaja en los hospitales y será asimilado —según tendencia prevalente— a la categoría de profesión intelectual».

Doctrina parecida —sobre la asistencia religiosa— se recoge en algunas obras dedicadas a los trabajos de enfermería, donde se recuerda que la enfermera debe interesarse por el paciente como un todo y, como en muchos casos afloran esas necesidades espirituales en el enfermo, deberá atender también este aspecto.

3. La atención espiritual del enfermo es una necesidad que responde a la condición del hombre enfermo cuando de ordinario se pone de manifiesto la dimensión espiritual del ser humano. Es frecuente que en la enfermedad aparezcan interrogantes sobre el porqué y el para qué de la vida, el dolor, la enfermedad y la muerte, y los profesionales de la salud no pueden desentenderse de esta realidad (cfr. cap. 30).

La enfermedad, en efecto, produce la alteración del yo psicofísico de manera tal que el hombre se encuentra con algo que él no puede dominar y que tampoco dominan plenamente los médicos. La enfermedad, al «desnudar la esencia de las cosas» provoca una convulsión en el mundo interior de quien la padece. Se ha dicho que la enfermedad, sobre todo si es grave, «nos ofrece algunas de las escasas vías que nuestra cultura contemporánea permite para el retorno hacia nuestro interior». El enfermo experimenta la propia limitación y fragilidad *(in-firmitas)* y se plantea casi inevitablemente una serie de cuestiones (sobre el sentido del dolor, la vida, la muerte, etc.) a las que busca solución. Lo cual le hace abrirse necesariamente a los OTROS (médicos, enfermeras, enfermos, etc.) y al OTRO. Por eso se ha escrito con razón que «el tiempo de enfermedad no es un tiempo perdido, un paréntesis de excepción frente a los demás momentos de la vida, porque la verdadera eficacia, a los ojos de Dios, no depende del exceso de actividad, sino del cumplimiento fiel de la voluntad divina, manifiesta en el caso de la enfermedad, a través de esa limitación física».

4. Advirtamos finalmente —ya se ha aludido a ello— que esta ayuda espiritual *no es tarea exclusiva del sacerdote* o de los ahora llamados agentes de pastoral sanitaria, sino que corresponde, en diversa medida, a *todos los miembros del equipo sanitario,* pues todos deberían tener en cuenta las necesidades espirituales de los enfermos. Refiriéndose a los enfermos cancerosos, pero me parece que la apreciación es válida para todos los enfermos, ha escrito Vastian: «Creo que los médicos y las enfermeras, a través simplemente de escuchar con una auténtica sencillez y tolerancia, pueden hallar y animar, en la experiencia espiritual de sus pacientes, uno de los principales recursos de afirmación de la vida en medio del peligro y del dolor, la pesadumbre y el sufrimiento. Muy bien puede haber sitio —e incluso ser necesario— para atender los aspectos espirituales de la asistencia como parte de unos cuidados completos que realmente son el objetivo de la Medicina en todos los pacientes cancerosos».

En este campo, sobre todo, la enfermera tiene un papel primordial: saber estar junto a la persona enferma, consolar, comprender, animar, ayudar a

encontrar sentido al dolor, etc. Ha escrito Virginia Henderson: «El respeto a las necesidades espirituales del paciente y la ayuda para que pueda satisfacerlas forman parte de los cuidados básicos de enfermería, en toda clase de circunstancias. Si las prácticas religiosas son esenciales para el bienestar del hombre en estado de salud, son todavía mas indispensables en caso de enfermedad. Este concepto de hacer todo lo posible para que el paciente pueda practicar su religión supone una serie de actividades específicas que no podrían enumerarse en esta ocasión. Sin embargo, citaremos algunas de las más manifiestas: ayudar al paciente a ir al oratorio, hacer que el sacerdote de su religión lo visite, darle facilidades para que pueda hablar con el sacerdote y permitirle que reciba los sacramentos que forman parte de su vida religiosa».

Lo mismo puede decirse del resto del personal sanitario (auxiliares, camilleros, etc.). Todos ellos y ellas, en su actuación, deben saber llegar hasta el final. Porque cuando se han agotado los tratamientos médicos disponibles y el enfermo alcanza el nivel de irreversibilidad, no por eso termina su función. Concretamente, en la fase terminal, además de procurar mantener los cuidados físicos y psicológicos necesarios (evitando el dolor, el sufrimiento, la inseguridad...) se ha de procurar, sobre todo, acompañar al enfermo, estar a su lado, rezar con él, ayudarle a dar sentido al dolor, etc. (cfr. cap. 25).

El enfermo terminal: la hora de «unas pocas palabras verdaderas»

Se puede llegar a pensar que, ante la fase terminal, si ya no hay «nada que hacer» ¿qué sentido tiene entonces la presencia del médico o para qué sirven los cuidados de la enfermera?, pero este planteamiento es debido a un modelo sanitario que sólo prevé actuar cuando la enfermedad está controlada. Si eso no se logra, hasta la misma identidad profesional puede verse amenazada. Pero —ya lo hemos dicho— también los profesionales sanitarios deben estar al lado del enfermo y de la familia para que se sientan confortados y para ayudarles en esos momentos a encontrar el sentido de la enfermedad y del dolor. Y no sólo esto. Pueden y deben colaborar —si son creyentes— en una auténtica ayuda espiritual de la persona enferma. Esta ayuda no consiste sólo en facilitar la presencia del sacerdote, sino que debe ser una tarea específica para que el enfermo pueda vivir mejor la dimensión trascendente de su existencia ayudándole también en su etapa final, para que pueda hacer realidad aquello que dijo Quevedo de su propia muerte: «Esto que es obediencia, yo quisiera que fuese "ofrecimiento"».

Recuerdo un caso concreto de la ayuda prestada por una enfermera a una enferma que llegó a la fase terminal tras diez años de lucha contra un proceso grave. Ella era plenamente consciente de su situación, sabedora de su pronóstico, entre otras cosas porque era profesional de la Medicina. Sin embargo, su familia sólo se preocupaba de protegerla, de aislarla, para que «no piense en nada», como si el hurtarla a esa posibilidad de pensar resultase en sí misma beneficiosa. La enfermera, amiga suya, rompiendo el cerco familiar, logró hablar con ella y ayudarla en su preparación para «dar el salto»; la enferma aceptó y agradeció el gesto de su amiga, la cual se encontró después sorprendentemente con la actitud recriminatoria de la familia, que le acusó de haber acelerado la muerte de la enferma, muerte que efectivamente tuvo lugar pocos días después, obviamente debida al cuadro patológico terminal que padecía.

Esto nos lleva a considerar un hecho, cada día más frecuente, que es el de tratar de esconder de forma más o menos sistemática a los enfermos terminales su condición. Puede haber en ello una falsa piedad, no exenta de cobardía, que refleja en todo caso la notable falta de valores morales de muchos sectores de nuestra sociedad que se autodenomina madura y responsable. Es curioso que los que así actúan no se dan cuenta de que provocan la desconfianza del enfermo, al que muchas veces tratan como a un niño al que no se puede decir la verdad. Cuando se produce esta falta de veracidad, «la presencia de los seres queridos ya no conforta a nadie porque está impregnada de mentiras. El moribundo lo advierte, y se rompen las relaciones de confianza con sus propios familiares».

Aunque puedan parecer duras estas palabras, reflejan muchas veces la realidad. También aquí los profesionales de la salud tienen una importante tarea. Me parece necesario insistir en el derecho que tiene el enfermo a conocer la verdad del mal que sufre y en el consiguiente deber de los médicos de proporcionar ese conocimiento con humanidad y competencia. En el cumplimiento de esta tarea puede haber y de hecho ha habido errores

lamentables que reflejan falta de tacto a la hora de comunicar un diagnóstico o un pronóstico, pero pienso que actualmente las deficiencias vienen por el lado contrario, pese a la abundante retórica actual sobre los derechos de los enfermos. Hay que hacer un esfuerzo para evitar que en nuestros hospitales haya enfermos que mueran sin apenas enterarse. Esto se debe unas veces a la insistencia de la familia, que intenta a toda costa ahorrar un sufrimiento a un ser querido; otras, al propio médico que, para no enfrentarse a una situación desagradable, se refugia en una aparente, pero escasa, competencia profesional, abandonando la comunicación personal con el enfermo, dando lugar a que éste pueda comentar: «el médico está demasiado ocupado para hablar conmigo». En todo caso, los médicos deben esforzarse en vivir la veracidad con los enfermos, con más razón si son terminales. Han de disipar ingenuas o lastimosas preocupaciones de la familia del enfermo que «por no asustar» puede acabar haciendo mucho daño a un ser querido.

En mi dilatada experiencia como capellán de hospital no recuerdo ni un solo caso en que la propuesta de la recepción del sacramento de la Unción de los enfermos (que erróneamente se asocia de modo sistemático a la proximidad de la muerte) haya asustado a ninguna persona gravemente enferma En cambio, sí he visto muchas veces a familias asustadas que han ser útil recoger nuestra experiencia de la Clínica Universitaria de Navarra, en relación con el grado de consciencia a la hora de recibir la Unción de enfermos. Recordamos como luego diremos, que la Unción no se administra sólo a los enfermos terminales, sino que existe una variada amplitud de patologías —y dependiendo también de determinadas condiciones de religiosidad personal— que permiten administrar este sacramento a muchos enfermos católicos ingresados en nuestros hospitales.

La Unción se recibe en estado de inconsciente en situaciones como paradas cardíacas, accidentados, muerte súbita, etc., y también en casos terminales en los que, por las razones que sean (con frecuencia la resistencia de la familia), no se ha podido administrar antes.

Quizá no tan preciso resulte el término semiconsciente, pero todo aquel que tenga experiencia sanitaria conoce esa situación en enfermos en estado de gravedad, fiebre muy alta, situación terminal, etcétera.

Sujeto consciente es aquel que recibe el sacramento con plena lucidez, quizá lo ha solicitado previamente, participa activamente en el rito litúrgico, muchas veces acompañado de la familia. Nos parece también muy útil en estos casos la participación de algún miembro del equipo médico y de enfermería, sobre todo de aquellos que han estado más cerca del enfermo.

Cuadro 1: *Grado de consciencia al recibir la unción*

Año	Número Unciones	Sujeto consciente %		Sujeto semiconsciente %		Sujeto inconsciente %		No consta
1984	370	168	45	52	14	118	32	38
1985	364	161	44,2	42	11,5	138	38	23
1986	422	182	43,1	56	13,3	155	36,6	29
1988	446	194	43,4	54	12,1	132	29,6	66

rogado retrasar ese momento hasta que el enfermo hubiese llegado al estado de inconsciencia. Otras veces lo han impedido a toda costa, incluso tratándose de personas que se confiesan cristianas fervientes. Aunque también recuerdo muchos casos en los que, tras una amable conversación con la familia, disipados temores y recelos, se ha llegado a que el enfermo pudiese recibir plenamente consciente el sacramento. Como dato estadístico, puede

Dificultades en la atención pastoral en el enfermo terminal

Sin pretender un elenco exhaustivo, señalamos las siguientes:

1. Se puede decir que existe una dificultad general que suele afectar a todos los que rodean al enfermo: es el *miedo a la muerte*, que suele generar actitudes defensivas y a veces de rechazo. Aquí cabe señalar una terrible paradoja. Por una parte, la

sociedad actual vive inmersa en una *cultura de muerte* (basta pensar en hechos como el terrorismo, el aborto, la eutanasia, etc.). Por otra, sin embargo, esa misma sociedad tiene miedo a la muerte, mejor dicho, vive de espaldas a la muerte. Y lo peor de todo es que el hombre de hoy no está preparado para afrontar ese momento, a pesar de formar parte del acontecer de la existencia humana, pues, como dijo el poeta: «nuestras vidas son los ríos que van a dar a la mar, que es el morir».

Se ha repetido muchas veces que a los profesionales de la salud no se les prepara para ese momento, y, cuando llega, no saben qué hacer; se desentienden o piensan que es tarea de otros, y lo más que hacen es avisar al sacerdote. Bueno sería que en los planes de estudio de las Facultades de Medicina o de las Escuelas Universitarias de Enfermería se afrontasen con rigor estas cuestiones. Ya ha habido voces en este sentido, pero todavía son insuficientes.

Pero el miedo a la muerte no afecta sólo a los profesionales de la salud. Es más acusado entre los enfermos y, sobre todo, entre los familiares de éstos. Por ejemplo, pocas veces se presenta la ocasión de hablar serenamente con un enfermo de su muerte más o menos próxima. En mi tarea de capellán hospitalario he tenido algunas oportunidades que, por lo infrecuentes y por lo gratificantes, recuerdo con cierto detalle.

M. V., mujer de 60 años, viuda, sin hijos. Operada hace un año de un tumor de aparato digestivo. Ingresa en el hospital con intención de una segunda intervención. Tras diversas pruebas, el equipo médico le comunica que se descarta la operación, y ella, sin dejarles terminar, pregunta: «Estoy invadida, ¿verdad?» Poco después la visito, me cuenta su situación y, dejando caer algunas lágrimas, pero serenamente, me dice: «Me queda poco tiempo de vida. Me tiene que ayudar a prepararme, quiero aprovechar el tiempo que me queda para llenarlo de buenas obras y presentarme con las manos llenas ante Dios». Al día siguiente comunica la noticia a una hermana suya. Aquí su pena radica en que tiene que darle una noticia ingrata y no quiere hacerla sufrir. La hermana queda conmovida de su entereza y serenidad. Enseguida manifestó desear recibir el sacramento de la Unción de enfermos cuanto antes. Permaneció más de quince días en la clínica y tuvimos ocasión de hablar más veces del mismo tema. Luego marchó a su casa, y al cabo de pocos meses moría con inmensa paz.

2. Por parte del enfermo.

El enfermo —miembro de la sociedad en que esta inmerso— no es ajeno al miedo a la muerte que existe en vastos sectores de la sociedad actual. De ahí que sea él mismo —aunque, generalmente suele ser la familia— quien muestra cierta resistencia a tocar este tema, en concreto a la presencia del sacerdote, cuya aparición se suele asociar erróneamente a esos momentos finales de la vida. Ésta es una de las razones por las que considero que el capellán de un hospital no debería limitarse a ofrecer sus servicios a los enfermos que los piden, sino que debería adelantarse visitándoles con frecuencia, charlar con su familia, etc. De ese modo se pierde —si es que se tenía— el miedo a su presencia, y, llegada la fase terminal, el sacerdote se convierte en un amigo más de los que están al lado del enfermo: Un amigo imprescindible.

Pero hay otros factores que pueden dificultar la atención pastoral del enfermo. La misma situación de obnubilación en que puede encontrarse debido al malestar general, a los diversos fármacos que se le administran (sedantes, analgésicos, etc.), que no propician una relación cordial. Ésta es una razón más para insistir en la conveniencia de la relación previa, de conversaciones cordiales mantenidas en tiempos mejores. Así, llegado el momento final, sobran las palabras: basta una comunicación no verbal, la mera presencia, una mirada, coger la mano, dar a besar un crucifijo, etcétera.

Por lo demás, no conviene olvidar que a fin de cuentas cada uno ha de afrontar su propia muerte. Hubo tiempo en que se nacía en público y también se moría en público (recuérdese la muerte de Luis XIV, contada magistralmente por Saint-Simon). Hoy se muere en el hospital, pero cada uno se muere solo, a veces, sin advertirlo. Por ello, todo lo que se haga por ayudar a «vivir el último instante», para que los hombres puedan «morir en la ternura», constituye uno de los quehaceres más nobles que pueden llenar la vida de una persona.

3. La familia del enfermo.

Nos hemos referido anteriormente a los miedos que proceden de la propia familia del enfermo, aunque conviene precisar que no constituye un hecho general. De hecho, muchas veces son los parientes de los enfermos quienes muestran un sincero interés por procurarles la debida atención espiritual, buscando al sacerdote, ayudando al enfermo a preparar su reconciliación con Dios, animándole a recibir los otros sacramentos, etc. Se

podrían referir situaciones muy diversas: desde los miembros de la familia con formación que, con tenacidad, ponen todos los medios para ayudar al enfermo que inicialmente rechaza cualquier planteamiento sobrenatural hasta el comportamiento de aquellos otros que, sin práctica religiosa, sin embargo, respetan los deseos del familiar enfermo y le procuran la asistencia espiritual necesaria, convencidos de que eso «le hará bien».

Pero, como hemos dicho, es la familia la que suele poner más dificultades a la hora de procurar la ayuda espiritual del enfermo terminal. También aquí hay que «saber estar», ponerse en su lugar, comprender sus quejas, a veces sus exabruptos, fruto casi siempre de la tensión del momento.

Recuerdo el caso de una enferma, con la que había conversado muchas veces desde su ingreso, hacía más de un año. Era profundamente cristiana, estaba ya en fase terminal y tenía plenamente asumida su situación. La acompañaba habitualmente una hermana suya, más joven, también creyente, pero a la que se le hacía muy duro el cuadro de su hermana, entre otras cosas, por que ella quedaría sola después de su fallecimiento. Esto le hacía estar nerviosa, alterada y, en su afán de atenderla, se mostraba muy exigente con todo el personal sanitario. Un día visité a la enferma en un momento en que tenía mucho dolor, y cuando traté de animarla, la hermana me interrumpió violentamente: «¡Ahora no necesita un sacerdote, lo que necesita es un médico que venga a quitarle el dolor!» Salí de la habitación sin decir nada. Por la tarde volví de nuevo, y lo primero que hizo la hermana fue pedir excusas por su comportamiento. Como quieren que muera en casa, piden el alta voluntaria. Días después, la hermana llama por teléfono para comunicar la noticia del fallecimiento y aprovecha una vez más para disculparse por aquel exabrupto al que yo no había dado ninguna importancia.

4. La propia estructura sanitaria.

Se ha dicho que la medicina moderna es cada vez más capaz de prolongar la vida, pero está poco preparada para tratar humanamente al enfermo terminal. De ahí la tentación de recurrir al expediente más fácil de la eutanasia, presentada cínicamente como garantía de una muerte digna ante el peligro del ensañamiento terapéutico. Es verdad que algunas veces puede dar la impresión de que los médicos, con sus tratamientos exhaustivos, pretenden sólo prolongar la agonía. Otras, es una vigorosa naturaleza la que tercamente se resiste a consumirse. En tales ocasiones, uno recuerda aquellos versos de Miguel Hernández: «¡Cuánto pensar para morirse uno!» Sin embargo, la verdadera alternativa no es la eutanasia (tampoco el «ensañamiento terapéutico», que no debe confundirse con la asistencia médica continuada). La solución está en la humanización de la muerte, que supone ayudar al enfermo a vivir lo más dignamente posible la fase última de su vida. En este campo, la propia estructura sanitaria tiene mucho que hacer. Se pueden enumerar algunas cuestiones:

— Evitar la masificación que conlleva inexorablemente, entre otras consecuencias, un descuido en la atención de los enfermos terminales, los más incómodos y los menos rentables.

— Potenciar los centros de dolor que pueden evitar muchos sufrimientos inútiles. Esto es más costoso que una inyección letal, pero más digno del hombre.

— Crear centros asistenciales dirigidos a enfermos terminales y a sus familias. Ya existen algunas experiencias interesantes como el Royal Victory Hospital de Montreal (Canadá), el Pabellón Falck del Hospital Niguarda de Milán y, sobre todo, la conocida experiencia de los Hospices en Irlanda, Inglaterra y Estados Unidos, etcétera.

— En la misma línea se podrían incluir las iniciativas para atender determinados grupos de enfermos incurables; las hubo en el pasado (para leprosos, tuberculosos, etc.) y surgen actualmente para hacerse cargo de enfermos que nadie quiere atender, más desasistidos y necesitados, como sucede en el caso del SIDA.

Los modos de la atención espiritual del enfermo terminal

Hemos dicho que la atención espiritual del enfermo no es tarea exclusiva del sacerdote ni de los otros agentes de pastoral sanitaria. Tanto el médico como la enfermera, si son creyentes, pueden y deben colaborar. En realidad, en la atención integral del enfermo, debe colaborar todo el equipo sanitario, cada uno en su sitio, de modo complementario, sin recelos, ayudándose mutuamente. A este respecto, señalamos también el interés que van cobrando los llamados «Comités de ayuda voluntaria», como la ayuda que también pueden prestar en esos momentos los miembros de la comunidad o grupo religioso al que pertenece el enfermo. Aunque hay que reconocer el papel imprescindible del sacerdote, sobre todo de cara a la acción sacramental. Por ese motivo, de modo esquemático, señalamos la tarea específica del sacerdote, para la que, sin embargo, necesita de la ayuda del personal sanitario. En todo caso, conviene que éstos conozcan cuáles son las necesidades espirituales de los enfermos para que puedan ayudarles convenientemente y, en todo caso, al menos, no interferir en su realización.

Los cauces para la ayuda espiritual del enfermo son, entre otros:

1. La visita pastoral.

Es el momento privilegiado para hacer sentir al enfermo creyente la presencia de Cristo y de su Iglesia, sin duda, uno de los momento mas gratificantes de este trabajo. Cuando es el primer contacto con el enfermo, requiere en el sacerdote mucho sentido común, prudencia, paciencia, conocimientos de psicología, saber escuchar y, si es posible, disponer de alguna información del enfermo/a que va a visitar. Es muy valiosa la ayuda que se puede recibir de todo el personal sanitario que cuida al enfermo. No debe olvidarse que lo primero que suelen desear los enfermos es la recuperación de la salud corporal; por lo mismo, la visita que más esperan es la del médico. Aunque no faltan, sin embargo, enfermos para los cuales la mas importante es la asistencia espiritual y los que atienden al enfermo han de estar atentos para no descuidar este aspecto. Recuerdo un caso concreto sucedido en la Clínica Universitaria. Alexia, ya mencionada, debido a un error se quedó un día sin recibir la Sagrada Comunión. Una enfermera trataba disculpándose de quitar importancia al hecho. La madre de Alexia le dijo: «Mire señorita, no olvide que para mi hija, lo más importante cada día es poder recibir la Comunión».

Es tarea del sacerdote ofrecer los servicios espirituales adecuándolos a cada situación concreta, donde no puede faltar muchas veces una catequesis previa.

El primer contacto facilita y prepara los sucesivos encuentros y de ellos, de forma gradual, irán saliendo las diversas ofertas: presencia, compañía, pequeños servicios, ayudar a rezar, catequesis, hasta llegar a una específica pastoral sacramental: Confesión, Comunión, Unción de los enfermos (excepcionalmente —en casos de peligro— también se puede administrar el Bautismo y/o la Confirmación a los niños enfermos).

2. Acción sacramental.

No es éste el lugar para desarrollar con amplitud cada uno de estos sacramentos como parte de la atención integral del enfermo cristiano. Bástenos señalar algunos puntos que nos parecen de interés.

Si la celebración sacramental ha de constituir habitualmente la culminación de una relación significativa con el enfermo y el resultado de un proceso de fe realizado por éste, parece lógico que, respetando el nivel de cada enfermo, el capellán deba facilitar todo lo posible esos «signos que atestiguan el amor de Dios al enfermo». Ello requiere una total disponibilidad para que los enfermos puedan acudir a él con confianza y sin temor.

Penitencia

Como «la enfermedad suele ser una ocasión propicia para oír la llamada de Dios a la conversión» (Ritual de la Unción y la Pastoral de enfermos n. 1-41), el sacerdote debe estar atento para no desaprovechar esa oportunidad, que, por lo demás, no debería terminar en el acto de la confesión. Se debería procurar acompañar al enfermo en todo el recorrido de su conversión y —no es utopía— hasta se le podría animar —cuando sale del hospital— a entrar en contacto con la parroquia, grupos apostólicos, etc., que le ayudarían a mantener su decisión. También aquí pueden ayudar los profesionales sanitarios facilitando la presencia del sacerdote, disipando recelos, advirtiendo convenientemente de la gravedad de la enfermedad, etcétera.

Sagrada Comunión

Desde los comienzos del cristianismo, la Iglesia se ha preocupado de llevar a los enfermos el Cuerpo de Cristo. «No se olvide que el fin primario y principal de la reserva eucarística consiste en la posibilidad de llevar la Comunión a los enfermos que no han podido participar en la Misa» (Ritual de la Unción, n. 64 b). Por ello, se debe facilitar todo lo posible que los enfermos cristianos ingresados en un hospital puedan, si lo piden razonablemente y están preparados, recibir la Sagrada Comunión en la habitación.

Habrá que buscar el momento más oportuno para que el enfermo, evitando en lo posible la coincidencia con otros servicios: visitas médicas, de enfermería, limpieza, otras visitas, etc. Sería muy conveniente recabar la colaboración de alguna enfermera o auxiliar de clínica de la Planta, que facilite la tarea (ordenar la habitación, abrir o

cerrar las puertas, ofrecer un vaso de agua a algún enfermo que lo necesita para mejor ingerir la Sagrada Forma, etc.). Este trabajo, a primera vista extraño al quehacer del personal de enfermería, nos parece que se inscribe perfectamente en lo que denominamos *atención integral del enfermo* y en este sentido no debe resultar ajeno a los que cuidan de los enfermos. Para un enfermo con convicciones religiosas, este servicio es tan importante o más que la medida de la tensión o la administración de una medicina.

Unción de los enfermos

La Unción es el Sacramento específico de la enfermedad (no de la muerte) para ayudar al cristiano a vivir esta situación conforme al sentido de su fe (cfr. Ritual de la Unción, nn. 47, 65, 68). Al enfermar, el cristiano tiene necesidad de una especial ayuda de Dios que le llega a través de este Sacramento, cuyos efectos señala el Ritual de enfermos: «Otorga al enfermo la gracia del Espíritu Santo, con lo cual el hombre entero es ayudado en su salud, confortado por la confianza en Dios y robustecido contra las tentaciones del enemigo y la angustia de la muerte, de tal modo que pueda, no sólo soportar sus males con fortaleza, sino también luchar contra ellos; e incluso conseguir la salud si conviene para su salvación espiritual» (Ritual, 6).

Todavía está muy visto en la mentalidad popular y en la de muchos pastores, el binomio Unción-muerte. Es necesario recordar con fuerza, como ha dicho el Concilio Vaticano II, que «el Sacramento de la Unción de enfermos no es sólo el Sacramento de los últimos momentos de la vida, sino que debe administrarse en el caso de enfermedades graves» (*Sacrosanctum Concilium*, n. 73).

En cualquier caso, es muy aconsejable no dilatar la administración de este sacramento y ha de procurarse que los enfermos lo reciban con plena lucidez, tratando de vencer pacientemente las resistencias que suelen ofrecer algunos enfermos y sobre todo sus familiares. Desde luego, se puede recibir la Unción ya cumplidos los 70 años o antes de algunas intervenciones quirúrgicas (enfermos con procesos tumorales, cardiopulmonares, trasplantes de corazón o de hígado, etc.) o en las que provocan un postoperatorio largo y complicado: «Para juzgar la gravedad de la enfermedad es suficiente un parecer prudente o probable, sin angustias de conciencia y teniendo en cuenta la opinión del médico, si se cree necesario» (Ritual de la Unción, n. 8).

Se puede (y pensamos que se debe) administrar el Sacramento de la Unción a los enfermos inconscientes con tal de que conste que son cristianos y que no lo han rechazado expresamente. El Ritual de la Unción (n. 14) precisa que puede hacerse cuando «se presume que si tuvieran lucidez pedirían como creyentes que son dicho sacramento» (cfr. Código de Derecho Canónico, n. 943).

Sin embargo, hay que lamentar la frecuente práctica de administrar la Unción cuando el enfermo llega al estado de inconsciencia, amparándose para ello en un hipotético miedo a asustarle, cuando lo que existe es cobardía de la familia o comodidad de los agentes de pastoral. En ocasiones, es el propio enfermo el que disipa esos miedos, como se muestra en el caso concreto que referimos a continuación.

A. R. L., mujer de 62 años, soltera, buena formación cristiana. La acompañan dos hermanos. Al agravarse su estado, se plantea la conveniencia de administrarle el Sacramento de la Unción. Uno de los hermanos ruega al capellán que, «para no asustarla», espere a que haya perdido la conciencia. Pero, esa misma noche, la propia enferma solicita vivamente recibir el Sacramento. Lo recibe acompañada del hermano que había querido retrasarlo hasta el final. Es tal su serenidad, su profunda piedad, ajena a todo «miedo», que el hermano queda removido y decide reanudar su vida cristiana, abandonada durante bastantes años.

Concluimos con unas palabras del Papa Juan Pablo II que pertenecen a un documento que debieran conocer y meditar todos los profesionales sanitarios. Se trata de la Carta apostólica *Salvifici doloris*, de 11 de febrero de 1983, sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano. Con referencia a los enfermos terminales —objeto de nuestro estudio—, afirma que «aunque la muerte, muchas veces es esperada incluso como una liberación de los sufrimientos de esta vida», sin embargo, no deja de tener —como la persona que la padece— un «carácter definitivo y totalizante» (n. 15). Y para enfrentarse a ella se requiere también la ayuda de los demás: «¡Cuánto tiene de buen samaritano —dice el Papa— la profesión del médico, de la enfermera y otros similares!» (n. 29). Pero al cumplir esa tarea no sólo se está realizando un acto de solidaridad con los que sufren; se está —lo hemos repetido muchas veces— cumpliendo un deber de justicia: facilitar al enfermo terminal el derecho indeclinable a una asistencia espiritual.

Bibliografía

APILÁNIZ, V.: «La atención espiritual del paciente», en VV. AA.: *I.er Simposio de Ética en Enfermería*, Pamplona, 1988. Esta obra, por su extensión y calidad científica, resulta utilísima, no sólo para enfermeras, sino para todos los profesionales de la salud.

BELL, H. K.: «The Spiritual Care Component of Palliative Care», en *Seminars in Oncology*, 12, 4, diciembre 1985, pp. 482-485.

BRUGAROLAS, A.: «Síndrome terminal de enfermedad. Criterios y actitudes», en *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, XXXII, 2, abril-junio 1988, pp. 111-118.

CARVAJAL, J.: «Asistencia religiosa hospitalaria», en: *Acuerdos Iglesia-Estado en el último decenio*, Barcelona, 1987. El texto del acuerdo entre el Insalud y la Conferencia Episcopal española puede verse en *Ecclesia*, 1986, pp. 864-866.

CICCONE, L.: *Salute e malattia*, Milán, Ares, 1986, pp. 62-70.

COMBALIA SOLÍS, Z.: «La vinculación jurídica del capellán en los centros hospitalarios públicos», en *Excerpta e dissertationibus in iure canonico*, Pamplona, VI, 1988, pp. 451-517 (tesis doctoral presentada en 1987).

COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL: *La asistencia religiosa en el hospital. Orientaciones pastorales*, Madrid, EDICE, 1987, p. 11.

CONRAD, N. L.: «Spiritual Support for the Dying», en *Nursing Clinics of America*, 20, 2, junio 1985, pp. 415-426.

COTTERELLI, D.; NISI, W. F.: «Claplaincy in Today's Hospitals», en *Rhode Island Medical Journal*, 69, marzo 1986, pp. 111-114.

CHOZA, J.: *Antropología*, Pamplona, Eunsa, 1978.

DELGADO, R.: *La Unción de Enfermos en la Comunidad Cristiana hoy*, Madrid, Fundación Santa María, 1988.

DETTMORE, D.: «Cuidado espiritual: recuerde las necesidades espirituales de sus pacientes», en *Nursing*, julio-agosto 1985, p. 22.

FERRER, J.: «El sujeto de la Unción de Enfermos», en *Scripta Theologica*, XVI, 1984, pp. 169-181.

GARCÍA SEAGE, H.; BENITO, A.: *Juan Pablo II a los enfermos*, Pamplona, Eunsa, 1980, pp. 47-48.

Gran Enciclopedia Rialp, voz «Hombre», vol. 12, Madrid, 1979.

GUERRA, M.: *El enigma del hombre*, Pamplona, Eunsa, 1978.

HENDERSON, V.: *Principios básicos de los Cuidados de Enfermería*, Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, p. 53.

JUAN PABLO II: Alocución a los congresistas de los hospitales católicos del mundo entero (31-X-1985), en *Ecclesia*, 1985, pp. 1494-1495.

JUAN PABLO II: Carta apostólica «*Salvifici doloris*». «Sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano», 11-II-1983; este documento está publicado en revistas especializadas (*Ecclesia*, *Palabra...*) y de él se han hecho numerosas ediciones en folletos y cuadernos.

KÜBLER-ROSS, E.: *On Death and Dying*, Nueva York, Macmillan, 1969; *Les derniers instants de la vie*, Ginebra, Labor et Fides, 1975.

Labor Hospitalaria, nn. 198, 1985/4 (especial dedicado al voluntariado en el hospital) y 208, 1988/2 (monográfico).

LAENNEC: «Thérapeutiques des souffrances terminales», otoño 1975 (monográfico); «La souffrance de celui qui meurt», marzo 1984 (monográfico).

MACKENZIE, N.: «Ética profesional y servicio hospitalario. Lugar que ocupa la religión en el hospital», en *Intermédica*, pp. 52-57.

MARCHESI, P. L.; SPINSANTI, S.; SPINELLI, A.: *Por un hospital más humano*, Madrid, Ed. Paulinas, 1983, p. 25.

MOLANO, E.: «La asistencia religiosa en el Derecho Eclesiástico del Estado Español», en *Persona y Derecho*, 11, 1984, pp. 214 y ss.

MONGE, M. A.: *Alexia. Alegría y heroísmo en la enfermedad*, Madrid, Palabra, 1989.

MONGE, M. A.: «La verdad ante el enfermo», en *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, XXXII, 3, julio-septiembre 1988, pp. 171-175.

MOUROUX, J.: *Sentido cristiano del hombre*, Madrid, Studium, 1972.

NAVARLAZ, M. T.: «Atención de la enfermera al paciente moribundo», en *Seminarios de Ética en Enfermería*, Pamplona, Eunsa, 1987, pp. 205-211.

PANGRAZZI, A.: *Creatividad pastoral al servicio del enfermo*, Santander, Sal Terrae, 1988.

SAUNDERS, C. M.: *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, Barcelona, Salvat, 1980.

SOLA, F.: «Presencia de la Iglesia católica en el hospital», en *Todo Hospital*, enero-febrero 1989, pp. 21-27.

Christiane Jomain

SPINSANTI, S.: Prólogo a JOMAINE, CH.: *Morir en la ternura. Vivir el último instante*, Madrid, Ed. Paulinas, 1987, p. 11.

STODDARD, S.: *The Hospice Movement: A better way of caring for the dyings*, Londres, Jonathan Cape, 1979.

UFEMA, J. K.: «Cómo hablar a los pacientes moribundos», en *Nursing*, marzo 1988, pp. 21-24.

VASTIAN, E. A.: «Aspectos espirituales de la asistencia a pacientes cancerosos», en *Jano*, XXXIII, 792, 1987, p. 62.

VON GEBSATTELL, V. E.: *Antropología Médica*, Madrid, Rialp.

VV. AA.: *Ética profesional en la Enfermería*, Pamplona, 1977, cap. 16 (Atención espiritual al enfermo).

VV. AA.: *Pastoral Sanitaria*, Madrid, PPC, 1976.

DE VITA, V. T.: «Principles of cancer therapy», en HARRISON: *Principles of Internal Medicine*, Petersdorf, Adams, Braunvald, Iseelbacher, Martín, Wilson (eds.), McGraw-Hill, 1983, p. 787.

Entre la revistas especializadas en Pastoral Sanitaria, señalamos: *Dolentium Hominum* (editada desde 1986 en el Vaticano, en cinco idiomas) y *Labor Hospitalaria* (sobre organización y Pastoral Sanitaria, editada por los Hermanos de San Juan de Dios, de Barcelona).

ESTE LIBRO, PUBLICADO POR
EDICIONES RIALP, S.A., ALCALÁ, 290.
28027 MADRID, SE TERMINÓ
DE IMPRIMIR EN
GRÁFICAS HUERTAS, S.A.,
FUENLABRADA (MADRID)
EL DÍA 15 DE ENERO DE 1997

OTROS MANUALES UNIVERSITARIOS RIALP

Elementos de filosofía cristiana
ETIENNE GILSON. (Tercera edición.)

Las Virtudes fundamentales
JOSEF PIEPER. (Quinta edición.)

Historia de España Antigua y Media
LUIS SUÁREZ FERNÁNDEZ.
(Dos volúmenes).

Introducción a la filosofía de Santo Tomás de Aquino
JOSEPH RASSAM.

Léxico filosófico
ANTONIO MILLÁN PUELLES.

Historia de España Contemporánea
JOSÉ LUIS COMELLAS. (Quinta edición.)

Manual de Antropología Filosófica
JACINTO CHOZA.

Lecciones de Metafísica
EUDALDO FORMENT.

Ser persona. Curso de Ética
GERMAIN GRISEZ Y RUSSELL SHAW.
(Segunda edición.)

Razones para creer
GONZALO LOBO MÉNDEZ

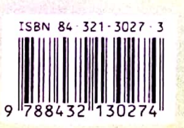
Fundamentos de la dirección de empresas
JUAN ANTONIO PÉREZ LÓPEZ. (Tercera edición.)

Manual de Bioética general
AQULINO POLAINO-LORENTE. (Dir.)
(Tercera edición.)

Fundamentos de teledetección espacial
EMILIO CHUVIECO. (Tercera edición revisada.)

Sistemas de información geográfica
JOAQUÍN BOSQUE SENDRA.

ISBN 84-321-3027-3



- **Las múltiples y variadas conquistas de la Medicina actual parecen estar arañando las fronteras de lo milagroso. Pero no todo en este avance resulta indiscutible**

- **En la formación de los profesionales se echan de menos los criterios antropológicos que permitan tomar la decisión clínica y ética más adecuada para cada enfermo.**

- **Puede decirse que el problema más acuciante de la Medicina contemporánea no es de índole técnico-científica sino ética.**

- **Este libro constituye el primer Manual sistemático de Bioética que se publica en España. Va dirigido a todos aquellos profesionales —médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, directores y capellanes de hospitales, biólogos, farmacéuticos...— que en su quehacer diario deben tomar decisiones que afectan al hombre enfermo. También prestará valiosos servicios a profesores y alumnos de todos los estudios relacionados con la sanidad.**

